

1924-1925 — N° 91

LA MIGRAINE ACCOMPAGNÉE D'ÉPILEPSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 18 mai 1925

PAR

Marie-Jules-Louis JEAN

EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à SAINT-PIERRE-D'OLÉRON (Charente-Inférieure), le 6 février 1901

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	<i>Président.</i>
		LE DANTEC, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		CREYX, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, rue POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 91

LA MIGRAINE ACCOMPAGNÉE D'ÉPILEPSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 18 mai 1925

PAR

Marie-Jules-Louis JEAN

EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à SAINT-PIERRE-D'OLÉRON (Charente-Inférieure), le 6 février 1901

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	<i>Président.</i>
		LE DANTEC, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		GREYX, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT^s (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	REGHOU.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPÉRIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

ET A MA MÈRE

Je vous réunis dans un sentiment de
tendresse et de reconnaissance infinies.

A MA FIANCÉE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

RAYMOND JEAN

Etudiant en droit, caporal au 418^e R. I.

TOMBÉ GLORIEUSEMENT EN CHAMPAGNE, LE 1^{er} OCTOBRE 1915

A MA SOEUR ET A SES ENFANTS

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR GEORGES JUIN

AUX MIENS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

Stage (1919-1921).

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. VERGER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CARLES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT.

Externat (1921-1925).

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MOUSSOUS.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BOUSQUET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. LEURET.

MONSIEUR LE DOCTEUR RABÈRE.

• MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEL.

AU MAITRE DE NOTRE FACULTÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PITRES

*Doyen honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Associé national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

La cordialité avec laquelle vous m'avez ouvert l'accès de votre riche bibliothèque m'a rempli de confusion. Je vous dois les meilleures pages de ce travail. Permettez-moi, Maître vénéré, de vous le dédier comme hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Je vous fais, mon cher Maître, le très modeste hommage de ce travail que vous avez bien voulu me confier. Pour l'intérêt que vous m'avez porté, et pour l'honneur que vous me faites aujourd'hui en acceptant la présidence de ma thèse, je vous prie de trouver ici l'assurance de toute ma gratitude et de mon respectueux attachement.

LA MIGRAINE

ACCOMPAGNÉE D'ÉPILEPSIE

INTRODUCTION

J'étais nouveau venu comme externe dans le service quand, au lit d'une malade, M. le professeur Abadie invita ses élèves à étudier la migraine accompagnée. C'est seulement plus tard que j'ai vu l'intérêt qu'il pouvait y avoir à en faire le sujet de ma thèse.

Aucun travail d'ensemble n'avait été publié sur la question. Mon maître, et je ne saurais trop l'en remercier, me limita dans un cadre précis : la migraine accompagnée d'épilepsie

Ce travail est divisé en quatre chapitres d'inégale importance.

Il m'a paru d'abord indispensable de condenser en quelques pages l'histoire et la description de la migraine et de ses variétés cliniques, avant d'aborder l'étude détaillée de la forme particulière qui groupe la migraine et les manifestations épileptiques.

Dans cette étude, j'ai consacré un long chapitre à l'histoire. Il était nécessaire d'exposer fidèlement tout ce qui avait été publié sur une question aussi complexe. J'ai rap-

porté ainsi toutes les observations intéressantes et j'ai cité ou traduit fidèlement l'opinion des divers auteurs.

Les deux derniers chapitres sont personnels. On y trouvera d'abord cinq observations inédites provenant toutes de la consultation des maladies du système nerveux de la Faculté. J'ai eu moi-même l'avantage d'étudier longuement, avec mon excellent ami Laubie, interne des hôpitaux, la dernière de ces observations. L'analyse de tous les faits cliniques anciens et nouveaux m'a permis d'en tirer quelques notions précises sur la migraine accompagnée d'épilepsie.

Un semblable travail ne saurait prétendre à l'originalité : il ne peut viser qu'à l'exactitude des citations et à la sévérité dans le choix des matériaux. Peut-être éviterai-je ainsi d'avoir à citer dans mon intérêt le passage où La Bruyère a dit : « Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute des droits à l'indulgence de ses lecteurs !... »

CHAPITRE PREMIER

LA MIGRAINE ET SES VARIETES CLINIQUES

« J'ai laissé envieillir et mourir en moy de mort naturelle des rheumes, défluxions gouteuses, relaxation, battement de cœur, micraines et autres accidents que j'ay perdus quand je m'estois a demy formé a les nourrir. On les conjure mieux par courtoisie que par brauerie : Il faut souffrir doucement les lois de nostre condition. Nous sommes pour vieillir, pour affoiblir, pour estre malades, en dépit de toute Médecine. »

(*Les Essais* de Michel de MONTAIGNE, Edition Rondet, 1659, livre III, chap. XIII, page 555.)

HISTORIQUE. — « Hippocrate, Arétée, Cœlius Aurelianus et autres ne connaissaient point la migraine. » C'est du moins ce qu'affirmait Chaumier dans sa thèse de Paris en 1878. Il avait tort : Arétée de Cappadoce a laissé une description claire et précise de « l'hétérocranie », où il est facile de reconnaître la migraine. — Galien a proposé la première théorie pathogénique de la maladie qui lui doit son nom : L'hémicranie est due à ce que « certaines parties du corps envoient au cerveau, avec le sang, des liquides ou des vapeurs de mauvaise qualité ».

L'arabiste Valesco de Taranta, reproduisant les données de Sérapion, voit le siège de la douleur dans les ventricules cérébraux. Elle résulte de l'action locale de vapeurs nocives ou d'une cachexie de nature inconnue. Jean Fernel, médecin de Henri II, croit trouver le siège de la migraine dans la substance cérébrale, les méats et les conduits. Pour la pathogénie, la bile prend la place des liquides et des vapeurs irritantes. Au ^{xvii}^e siècle, Charles Lepois estime que « la sérosité est la cause du mal puisque son expulsion le fait cesser ».

Fordyce ne fait que reprendre la théorie de Carolus Piso : les migraines suivies d'épilepsie, d'apoplexie, de paralysie, ont pour cause un amas de pituite dans les méninges. Schobelt (faut-il s'en étonner ?) exprime un profond dédain pour les médecins français, et finit par attribuer la migraine au rhumatisme. Pour Junker, les migraines sont des affections goutteuses et spasmodiques. Wepfer croit que le sérum du sang stagnant dans une moitié de la tête y produit l'irritation qui amène une atrophie moléculaire du rameau sous-orbitaire de la V^e paire. Tissot émet l'hypothèse que la migraine vient de troubles gastriques; l'irritation passe de l'estomac à la V^e paire. Wollaston décrit ses troubles oculaires. Le mémoire de Piorry isole la variété ophtalmique où l'auteur voit une personnalité morbide analogue aux névroses, due à une irritation de l'iris et du ganglion ophtalmique. Dans son article de dictionnaire, Calmeil signale les spasmes convulsifs de la face au cours de l'accès.

Dervilliers considère la migraine comme une maladie des sinus frontaux, et Chaussier et Pinel comme une névralgie de la V^e paire. Bouillaud la définit une « névralgie des branches externes du trijumeau ». Pour Romberg, c'est l'encéphale lui-même qui souffre dans sa portion corticale. Après les recherches de Cl. Bernard et de Brown-Séquard sur le grand sympathique, Du Bois-Reymond regarde sa migraine comme étant toujours due à la tétanisation de ce système qui produit la douleur par crampe vasculaire. Mollendorf oppose la théorie de la paralysie du sympathique cervical. Jaccoud et Eulenberg essaient de concilier les deux opinions, et ce dernier décrit deux formes, angio-paralytique et angio-tonique.

Le traité de Liveing, paru en 1873, fait époque dans l'histoire de la migraine. L'auteur publie soixante-sept observations, où l'on trouve entre autres symptômes compliqués l'incohérence des idées, la confusion, les terreurs vagues. Il rattache l'affection au groupe des névroses et en explique la pathogénie par l'accumulation de l'influx nerveux et sa dépense sous forme « d'orages nerveux ». Trousseau se fait

le propagateur de l'idée qui regarde la migraine comme l'expression d'un état constitutionnel à manifestations multiples et équivalentes : Cette névrose n'est pour lui qu'une manifestation de la goutte larvée. Les articles d'Axenfeld, Lasègue, Gubler, Galezowski, immobilisent la définition symptomatique des diverses variétés de l'affection. Galezowski décrit, en particulier, l'hémiopie périodique et l'amaurose migraineuse; il signale l'aphasie et l'amnésie temporaires. Brown-Séquard explique les troubles transitoires du cerveau par une anémie cellulaire liée au spasme des petits vaisseaux cérébraux qui dérive de l'excitation des nerfs vaso-moteurs; il applique cette théorie au processus migraineux. Vulpian admet, au contraire, que les éléments de l'encéphale peuvent être modifiés directement par des irritations spéciales provenant de la périphérie ou des centres nerveux eux-mêmes. Pendant ce temps, Charcot signalait les connexions de la migraine avec la paralysie générale et le tabes, et il faisait admettre dans le cadre nosologique la forme ophtalmoplégique de la migraine. Le bromure de potassium était enfin, grâce à lui, préconisé comme traitement; et l'aphasie et l'amnésie bien décrites comme symptômes du paroxysme. Bochefontaine publiait alors des observations de migraine tétanoïde. Pierret, dans sa thèse, décrit les lésions des noyaux sensitifs du trijumeau dans la migraine des tabétiques; et il assigne un siège ganglionnaire aux phénomènes douloureux.

Bonnal publie un cas de migraine ophtalmique avec symptômes épileptoïdes guérie par l'air chaud. Chaumier (de Paris) attire l'attention sur l'existence d'une excitation génésique avec érections, au moment des attaques; il cite également un cas où la migraine débutait par une perte de connaissance. Pour Bouchard, « les fréquentes parentés morbides de la migraine avec l'asthme, la goutte, la lithiase, etc., prouvent que sa condition pathogénique peut être provoquée ou préparée par des troubles nutritifs communs à ces maladies. » Défendant les théories de son maître Charcot, Féré est le premier à mettre de l'ordre dans le fatras des observations : il classe

les migraines en simples, frustes, dissociées et associées; il montre la fréquence des troubles cérébraux convulsifs et sensitifs, et en fait une variété autonome qu'il range après les épilepsies sensorielles, l'expliquant par une anémie spasmodique du carrefour sensitif et de certains points du cortex. L'année suivante, une leçon de Charcot montre la migraine accompagnée au début d'une paralysie générale. Armaugué y Tusset, puis Robiolis, signalent la présence de phénomènes convulsifs auditifs, gustatifs et olfactifs, qui peuvent prédominer et constituer ainsi des formes nouvelles de la migraine sensorielle. Albutt rapporte en 1883 un cas de migraine épileptiforme. Chaumier, puis Denier, avec leur maître Pierret, accordent à la région sphéno-occipitale du cerveau un rôle important dans la pathogénie des phénomènes cérébraux de la migraine; ils expliquent par des réflexes cérébraux les troubles associés de l'épilepsie et de la migraine ophtalmique. Le spasme vasculaire et le rétrécissement organique expliqueraient la prédisposition migraineuse et le rôle des intoxications dans la pathologie cellulaire. En 1886, Sarda consacre à la migraine sa thèse d'agrégation. Le livre de Thomas, paru l'année suivante, contient, outre l'historique complet, une étude claire de la migraine simple et de la variété ophtalmique. Une importante revue générale et un article sur dix cas de migraine accompagnée sont publiés par Berbez en 1889. Brissaud et Wood rapportent deux nouveaux cas de cette variété. Dans leur traité, Grasset et Rauzier voient dans la migraine la manifestation d'un état général constitutionnel. Ils étudient bien les troubles associés à l'accès migraineux. Féré insiste à nouveau dans « les épilepsies » sur les phénomènes moteurs et sensitifs de la migraine. Avec le travail de Mingazzini apparaît la première étude d'ensemble sur les troubles psychiques de la migraine. Passant en revue les faits de Lowenful, Zacher, Kraft-Ebing, Agostini, Sciamanna, Brackmann, l'auteur décrit la « dysphrénie hémicranique ». Peu après, Lamarck et André citent des cas de névralgies périphériques et viscérales comme

équivalents de la migraine, et Rachford croit isoler une toxine qu'il retrouve après les accès migraineux et épileptiques. En 1897, Féré puis Bordani rapportent deux cas de psychose migraineuse. La même année, Krafft-Ebing trouve qu'incontestablement il existe des rapports étroits entre l'épilepsie et la migraine ophtalmique.

Le début du xx^e siècle apporte deux ouvrages importants : la thèse de Cornu, et la monographie importante de Kovalewsky. Le premier, se basant sur de nombreuses observations, montre que la crise douloureuse de l'accès migraineux peut, réflexivement, occasionner des états convulsifs simulant à s'y méprendre la grande crise de mal comitial. Il étudie ensuite les rapports de la migraine avec les états délirants. Kovalewsky apporte une étude minutieuse de la migraine et nombre d'observations nouvelles. A partir de cette époque, ce sont les rapports de la migraine et de l'épilepsie qui absorbent l'attention des chercheurs. Hortsman, Kovalewsky, Gowers apportent leur contribution à ce problème. Vasco Forli montre la prédominance des troubles psycho-sensoriels dans les phénomènes psychiques de la migraine. Pour cet auteur, l'hémicranie et l'épilepsie sont tout à fait différentes l'une de l'autre, mais les hémicranies symptomatiques ne sont pas rares chez les épileptiques. Guido Guidi étudie les symptômes psychiques prémonitoires de l'accès de migraine. Bioglio estime que les psychoses céphalalgiques ne sont pas de nature hystérique ou épileptique. C'est d'Abundo qui a attiré l'attention sur les substitutions, les transformations et les associations morbides de la migraine avec l'épilepsie, l'asthme, l'épiplégie et la neurasthénie. Pour Hubbell, migraine et épilepsie sont absolument distinctes; ce qui n'empêche pas Dobson d'étudier encore leurs rapports. De Clérambault publie un cas de migraine avec troubles psychiques et fugue inconsciente. Pendant l'année 1910, dominant les préoccupations pathogéniques. Hartenberg (de Paris) voit dans la migraine une névralgie paroxystique du sympathique cervical. Dans une importante revue générale, F. Lévy et P. Bauffle soumettent à la critique les différen-

tes théories pathogéniques. Kuln fait un travail analogue. Lerch réunit sous un même facteur étiologique la migraine hystérique, les vomissements périodiques et l'épilepsie. La même année, Fernand Lévy remarque entre les névralgies faciales et les migraines une foule de points de contact et, s'appuyant sur deux observations, considère la migraine comme une névralgie des filets intracraniens du trijumeau. Parhon, après Hertoghe, parle de la pathogénie thyroïdienne de la migraine. Parallèlement, la migraine ophtalmoplégique est étudiée par Leclerc, Clarke et Finzi. Price publie un cas où l'épilepsie coexiste avec la migraine, mais il croit exceptionnelle l'association de la migraine avec des troubles sensitifs. Puis vient l'article de H. Meige et Feindel, ils décrivent les formes classiques de la migraine, groupant sous le titre de migraine accompagnée toutes les formes anormales.

En 1912, paraît un ouvrage remarquable. Par la richesse de sa documentation, la belle monographie de Flatau (de Varsovie) est unique. Cet auteur insiste particulièrement sur la coïncidence des manifestations migraineuses et épileptiques. L'année suivante, Froment et Genet rapportent un cas de migraine ophtalmique survenue chez un ancien épileptique. Muselli fait avec Régis une thèse très documentée sur les troubles psychiques de la migraine. Watermann revient aux relations de la migraine et de l'épilepsie : il croit à l'existence d'un rapport entre les deux affections. Dans sa séméiologie, Déjerine dit un mot des troubles sensitifs et moteurs de la migraine. Rien n'est publié pendant la guerre, en dehors d'un article où Sicard et Roger étudient les troubles moteurs associés dont ils basent le pronostic sur l'examen du liquide céphalo-rachidien. Parhon et Madame Balif publient deux observations de migraines guéries par le traitement thyroïdien. L'article de Sicard, dans un récent traité de médecine, mentionne les migraines compliquées de troubles sensitivo-moteurs avec ou sans aphasie; l'auteur insiste sur l'importance des résultats fournis par la ponction lombaire. A Bruxelles, Bouché et Hustin proposent un nouveau traitement anti-anaphylactique par des in-

jections de sérum de cheval ou de crotaline. Les connexions entre la migraine et l'épilepsie sont étudiées dans leur distribution familiale par Buchanan. La migraine des enfants est reprise par Comby, tandis que Sicard, Paraf et Forestier préconisent un nouveau traitement par les injections intraveineuses de carbonate de soude. H. Claude divise les symptômes associés à la migraine en viscéraux, nerveux et psychiques; il insiste sur la forme aphasique et signale les rapports étroits qui existent entre la migraine et l'épilepsie. Au contraire, Phillips estime que les troubles cardio-vasculaires déterminant la migraine peuvent produire un type différent d'aura avec convulsion, qu'il ne faut pas appeler épilepsie. Dans son récent ouvrage, Laignel-Lavastine montre que « quel que soit le point de départ de la migraine, elle est, dans son mécanisme et dans son expression, un syndrome sympathique. » Peu après Pasteur, Vallery-Radot fait admettre l'origine anaphylactique de certains accès de migraine. Didsbury voit l'origine de l'affection dans une névralgie des branches superficielles des nerfs occipitaux et préconise le massage comme traitement efficace. La thèse de Madame Weismann apporte plusieurs classifications des formes de migraine et permet des considérations pathogéniques intéressantes. Il y a quelques mois, enfin, Debré a fait paraître une étude remarquable de la migraine chez l'enfant.

DESCRIPTION. — La migraine est un syndrome douloureux, se reproduisant par accès, et caractérisé surtout par une céphalalgie intense, ordinairement unilatérale et localisée dans la région orbito-frontale, s'accompagnant le plus souvent de photophobie, de malaise nauséux et de vomissements.

Les accès de migraine sont séparés les uns des autres par des intervalles de santé parfaite; ils se reproduisent avec une périodicité plus ou moins régulière. Souvent héréditaire, la migraine survient de préférence chez les femmes neuro-arthritiques, de vie sédentaire. Elle débute ordinairement à l'âge de l'adolescence, se prolonge dans l'âge mûr et cesse à l'approche de la vieillesse, chez la femme avec la ménopause.

MIGRAINE SIMPLE. — Il n'est pas rare que la veille ou l'avant-veille de son accès, le migraineux éprouve une sensation de mieux être. Le jour de la migraine débute par un mauvais réveil, une sensation de malaise général qui va croissant. Bientôt apparaît la douleur, d'abord limitée en un point de la tempe, de la région sourcilière ou du globe de l'œil, puis envahissant peu à peu toute une moitié du crâne (hémicranie). Les caractères de cette douleur varient suivant les sujets et suivant les accès; on la qualifie, selon les cas, de compressive, lancinante, térébrante. Elle atteint bientôt son acmé et c'est alors qu'apparaissent les nausées, les vomissements. Ceux-ci calment momentanément la douleur, mais l'accès ne cesse pas toujours avec eux. Le migraineux reste plusieurs heures dans un état de malaise nauséux, incapable d'agir, de penser. Tantôt son visage est pâle, tantôt au contraire vultueux. Céphalalgie et vomissements se succèdent, le malade passe par des alternatives de mieux et de pire. Enfin, les phénomènes aigus s'atténuent; les douleurs sont remplacées par une fatigue extrême, un grand accablement et un violent besoin de sommeil. Le migraineux s'endort. Le lendemain, il s'éveille encore mal à son aise, courbaturé, sans entrain. Mais à l'ordinaire, dès qu'il a mangé, tout se dissipe comme un rêve; il reprend sa vie coutumière.

Telle est l'allure ordinaire de l'accès de migraine simple. Mais les variantes sont innombrables. Chaque migraineux a sa migraine, à lui, qui n'est calquée sur aucune autre.

MIGRAINE OPHTALMIQUE. — Wepfer (1723) en connaissait déjà bien les symptômes; mais c'est Piorry qui l'a individualisée dans son mémoire de 1831. Les troubles oculaires y prédominent. Ils sont souvent précédés d'une sorte d'aura, consistant en une sensation de vertige ou de défaillance dans la région épigastrique. Certains malades se plaignent de rêves précurseurs de la migraine ophtalmique, rêves hémianopsiques du même côté que le scotome et qui sont à rapprocher des hallucinations hémianopsiques. Le trouble visuel revêt des formes diverses, le champ visuel se trouble, l'atmosphère pa-

raît en mouvement comme les couches d'air qui entourent un poêle chaud, ou bien encore le malade a la sensation d'une tache d'un scotome qui s'étend rapidement, en même temps qu'il apparaît bordé par une ligne plus ou moins brisée en forme de zigzag (teichopsie). Cette bordure est lumineuse, vibrante (scotome scintillant). Le scotome scintillant n'est pas un symptôme nécessaire de la migraine ophtalmique. La présence ou l'absence de scintillement n'implique pas une nature différente de la maladie. Les troubles sont habituellement limités à une moitié du champ visuel (hémianopsie homonyme); ils durent quinze à trente minutes, persistent quelquefois une demi-heure à deux heures, se répètent à intervalles variables, puis disparaissent en laissant la vision intacte. Ils sont suivis de céphalée à forme hémicranienne et, quelquefois, de nausées et de vomissements. La douleur siège parfois dans l'œil et s'accompagne d'une certaine tension oculaire. Dans certains cas, l'examen du fond de l'œil a permis de noter un rétrécissement des artères rétiniennes du côté de l'hémisphère atteint par le mal de tête, et homonyme à la moitié rétinienne affectée. Les auteurs des monographies sur la migraine ophtalmique insistent avec raison sur les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les nausées, les vomissements, la céphalalgie, l'aphasie, les troubles localisés de la sensibilité et du mouvement, les convulsions.

MIGRAINE OPHTALMOPLÉGIQUE. — Moebius l'a décrite en 1884; mais c'est Charcot qui l'a bien étudiée et qui lui a donné son nom. Elle débute dans le jeune âge. L'accès commence habituellement par une phase d'hémicranie extrêmement violente, puis se continue par une paralysie oculaire, limitée en général au nerf de la troisième paire du côté de l'hémicranie. La paralysie est totale (ptosis, strabisme externe, dilatation de la pupille, diplopie). La durée de l'accès est de trois ou quatre jours, parfois beaucoup plus longue (jusqu'à vingt jours). Les intervalles qui séparent les crises sont également variables. Les récidives tendent à devenir de plus en plus persistantes, et après un certain nombre d'accès, l'ophtalmoplégie peut être définitive.

Telles sont les variétés classiques de migraine. Mais il existe parfois des troubles surajoutés; c'est pourquoi, depuis Piorry, les auteurs ont étiqueté migraine « accompagnée » ou migraine « compliquée » les cas qui s'écartent des types bien définis.

Cette catégorie comprend par suite les formes les plus disparates. Il y aurait intérêt à les classer, d'après la nature des troubles associés, en migraines compliquées de troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, viscéraux et psychiques.

C'est à dessein que j'ai employé le mot « compliquée », réservant le qualificatif « accompagnée » à une variété spéciale : la migraine accompagnée d'épilepsie. Si cette forme entre à des degrés divers dans les classes énumérées plus haut, je la crois assez individualisée pour en faire le sujet de ce travail.

CHAPITRE II

LA MIGRAINE ACCOMPAGNEE D'EPILEPSIE

HISTORIQUE

Observations anciennes.

« On ne sait bien une science que quand on en connaît l'histoire. »

(Auguste COMTE.)

A. — *Premiers travaux jusqu'à Piorry (1831).*

Arétée, à qui nous devons la première description claire de la migraine, notait déjà l'existence de contractions musculaires dans les cas invétérés.

Les théories pathogéniques qui abondent dans les siècles suivants éloignent de l'observation, et il faut aller jusqu'au xvii^e siècle pour trouver la première observation de troubles nerveux accompagnant la migraine. Charles Lepois nous rapporte le cas suivant :

OBSERVATION I. A. (Lepois.)

Une fillette de 12 ans avait des paroxysmes accompagnés d'irradiation dans l'œil et l'oreille du même côté, de vertiges, d'engourdissement et de fourmillements du bras gauche jusqu'au petit doigt. L'accès se terminait par un vomissement séreux. Les migraines passèrent, mais trois ans plus tard la jeune fille eut des accidents que l'auteur met sans hésitation sur le compte de l'hystérie. Ils tenaient aussi, d'après lui, à l'épanchement séreux.

En 1748, paraît le mémoire de Tissot (de Lausanne). On y trouve deux observations de la variété qui nous intéresse. « Pison, écrit Tissot, rapporte l'histoire d'une autre migraine qui est intéressante parce qu'elle caractérise parfaitement le genre de maladie auquel la migraine appartient. »

OBSERVATION II. A. (Pison *in* Tissot.)

Une jeune fille de 12 ans fut attaquée tout à coup d'une migraine très violente sus-orbitaire et temporale gauche; en même temps, sensation de fourmillement qui, commençant par le petit doigt de la main du même côté, gagnant successivement les autres doigts, l'avant-bras, le bras, le cou, lui occasionnait une violente rétraction spasmodique de la tête et un spasme de la mâchoire, accompagnés d'une faiblesse générale de tout le corps, sans perte de connaissance... Les accès suivants ne furent jamais si violents; la douleur, forte aux tempes, laissait un peu d'engourdissement dans le bras et dans la jambe du même côté, pendant un couple de jours.

La seconde observation est celle d'un « officier au service d'Autriche » vu par Tissot en consultation. Cet homme de 32 ans racontait ainsi sa migraine :

OBSERVATION III. A. (Tissot.)

Lorsque je m'y attends le moins, je vois tout à coup trouble, mais plus d'un côté que de l'autre; cela dure une dizaine de minutes; ensuite un bras et une jambe du même côté, et un jour d'un côté un jour de l'autre, s'endorment. Je sens des frissons, comme s'il y avait des fourmis; je sens la même chose à la bouche et à la langue, et même pendant ce temps-là j'ai bien de la peine à parler. Cela dure environ un demi-quart d'heure; ensuite les douleurs de tête recommencent...

Parry fut un des premiers à signaler les rapports étroits qui existent entre la migraine et l'épilepsie.

Marchall-Hall cite le cas d'une femme migraineuse qui eut pendant un accès de migraine une crise épileptique.

B. — *De Piorry à l'Ecole de la Salpêtrière.*
(1831-1881).

Charcot, dans une leçon du mardi qui traite de la migraine, a fait remarquer que Piorry a le premier employé le terme de migraine accompagnée pour désigner les troubles nerveux qui s'ajoutent à certains accès. On trouve en effet dans cet auteur le passage suivant qui suit la description des troubles gastriques : « Mais il ne faudrait pas penser que ce fussent là les seuls accidents dont la migraine excessive soit accompagnée; il arrive qu'un des côtés de la langue ou de la face, que les membres inférieurs et surtout les supérieurs éprouvent un frémissement douloureux qui rappelle les oscillations de l'image dans l'œil, qui en a le caractère de vibration, et qui, commençant par la pointe de la langue, une partie de la face, le bout des doigts ou des orteils, remonte peu à peu vers l'axe cérébro-spinal, en disparaissant successivement des points où il s'était d'abord développé. Cette sensation bizarre ressemble assez bien à celle que l'on éprouve dans les crampes, ou au sentiment pénible que l'on éprouve dans les doigts lorsqu'on s'est heurté le nerf cubital au coude. Quand cette douleur est parvenue vers le centre nerveux, elle cesse de se faire sentir. »

» Quelques années après, Labarraque consacre deux pages de sa thèse aux troubles nerveux dans la migraine. « Dans certains cas de migraine très intense, dit-il, on observe du délire : c'est le résultat de la violence des douleurs... Du reste, cette complication s'observe très rarement. On voit survenir quelquefois des mouvements convulsifs soit partiels, ce qui est plus commun, soit généraux, ce qui est infiniment plus rare. Ils peuvent avoir pour siège les muscles de la région occupée par la céphalalgie. Les muscles voisins en sont affectés parfois; alors on voit du tremblement des paupières, un tiraillement particulier de l'angle externe de l'œil, une contraction violente des muscles du cou, alors, la tête est ou renversée en arrière ou inclinée latéralement, et, dans quelques cas, le ma-

lade ressemble à un individu atteint de tétanos. Enfin, on a observé des mouvements convulsifs des muscles abdominaux, et même de tous les muscles de l'économie. Ces accidents, du reste, n'avaient pas de suite et disparaissaient quand les douleurs qui leur avaient donné naissance venaient à diminuer. La sensibilité est presque toujours modifiée dans quelqu'un de ces organes; ainsi, dans les membres, on remarque du froid, surtout aux pieds, des fourmillements que la marche augmente; il y a un sentiment de fatigue, de courbature générale, un indicible besoin de repos, une tendance marquée au sommeil. Dans la vue, il y a un trouble insolite; les objets sont environnés d'une sorte de brouillard... »

Dans son historique de la migraine, Cornu ne semble pas avoir bien entendu l'opinion de Trousseau, car il écrit que, « d'autre part, sous le nom de « névralgie épileptiforme » il signale des cas de convulsions partielles liées à l'accès ». Le grand clinicien a pris soin de nous faire remarquer au contraire : « qu'il n'y a entre la névralgie et l'épilepsie véritable qu'une grande analogie et non point une identité. En effet, quand on voit survenir chez un individu des vertiges ou des auras épileptiques, il est rare que la grande attaque ne s'observe pas quelquefois, il est rare surtout que l'intelligence ne soit pas légèrement troublée pendant et après le vertige. Or, jamais encore, dans les attaques de névralgie épileptiforme je n'ai constaté la moindre altération de l'intelligence. »

Après avoir cité deux faits d'épilepsie survenue chez des malades ayant présenté de la névralgie épileptiforme, Trousseau remarque qu'il n'y a peut-être eu qu'une simple coïncidence. Mais si les deux affections se rencontrent plus souvent liées ensemble et si les antécédents héréditaires, qui n'ont pas été notés, étaient ceux des épileptiques, « il faudrait peut-être ranger la névralgie épileptiforme à côté du mal comitial et considérer que ces deux maladies sont l'expression de la même cause ».

Dans une autre clinique, le maître de l'Hôtel-Dieu voit, dans la migraine une manière d'être de la goutte larvée. « De

ces migraines périodiques, ajoute-t-il, nous pouvons rapprocher certains accidents cérébraux survenant d'une manière passagère, mais à des intervalles plus ou moins courts, accidents qui ont été rangés à bon droit par Musgrave, Wepfer, Van Swiéten, par tous ceux qui se sont occupés de la question, parmi les phénomènes produits par la goutte irrégulière larvée. Tantôt ce sont des vertiges, comme chez cet homme dont parle le commentateur de Boerhaave, qui pendant deux ans était pris de ces accidents toutes les fois qu'il essayait de se tenir debout. Les plus habiles praticiens avaient en vain essayé de le guérir. Tout à coup, il eut une attaque de goutte, dont jusque-là il n'avait ressenti aucune atteinte, et dès lors il se trouva délivré de ces pénibles vertiges... »

Van Swiéten raconte le fait d'un individu, auquel il donna ses soins, qui éprouvait de violentes douleurs abdominales avec délire et tremblement universel; plus tard, cet individu eut un accès d'épilepsie. Un jour, il fut atteint d'une violente douleur de goutte dans le gros orteil; à partir de ce moment, il eut deux fois par an des attaques de goutte régulière et, depuis lors, il ne fut plus tourmenté par les accidents nerveux qu'il avait éprouvés auparavant.

Pour terminer, Trousseau fait rentrer dans la diathèse gouteuse, à côté de la migraine, l'angine de poitrine, la cardialgie-gouteuse, les vomissements spasmodiques, certains états vaporeux, l'asthme nerveux, les coliques néphrétiques, la gravelle, les hémorroïdes et certaines affections cutanées comme certains eczémas et le lichen plan.

Dans le Dictionnaire de Déchambre, Gubler et Bordier ont écrit l'article sur la migraine. On y trouve le passage suivant : « La face, entraînée par l'action prépondérante des muscles du côté douloureux, s'élève au-dessus du sourcil opposé. Ces contractions musculaires prennent parfois le caractère de véritables convulsions; de pareils phénomènes peuvent même se produire sur les muscles du cou et sur ceux des membres, du côté opposé à la migraine. Enfin on peut assister à la généralisation des mouvements spasmodiques

convulsifs faisant songer à une névrose grave. A ces troubles de la motilité peuvent se joindre des troubles correspondants de la sensibilité (fourmillements, paralysie) ou de la circulation capillaire (pâleur, réfrigération des membres d'un côté). Dans certains cas, on a noté un véritable embarras de la parole. L'intelligence est profondément atteinte. »

Le remarquable traité de Liveing paraît en 1873. Dans cette monographie de plus de 500 pages, on trouve tout ce qui se rapporte à la migraine et à ses symptômes associés. La variété que nous étudions y est classée et analysée d'une façon très minutieuse. Ce qui fait le prix de cet ouvrage admirable c'est surtout l'abondance des observations. J'y reviendrai dans les pages qui vont suivre.

Au début de l'ouvrage, Liveing cite cette remarque de Bacon : « Dans chaque migraine ou vertige il y a un obscurcissement (de la conscience) joint à l'impression de tournoiement. Peu après, il fait appel à cette réflexion de Blaine : « Les migraines, tournoiements ou vertiges peuvent être considérés comme une espèce d'épilepsie, auxquels les chevaux ne sont pas exceptionnellement sujets et dans lesquels, sans avertissement prévu, l'animal dans son travail s'arrête court, secoue la tête, paraît incertain et égaré : il persiste dans cet état pendant quelques minutes et redevient alors comme avant. Dans les cas plus violents, il tombe à terre ou court d'abord en rond, puis s'affaisse sans connaissance. »

Il faut rendre ici à Liveing un hommage rarement mérité par les auteurs étrangers, car il a écrit au début de son traité : « Je peux saisir cette occasion pour remarquer que les auteurs médicaux, et spécialement les Français, ont été dans cette matière très en avance sur nos propres auteurs, et quelques-uns de leurs traités sur la migraine sont très complets et précieux, et dépassent de beaucoup tout ce que je connais, dans notre langue, dans la reconnaissance des phénomènes variés de la maladie. Je mentionnerai seulement le traité bien connu de la migraine par Tissot, la thèse de M. Labarraque, l'article dans le Dictionnaire d'Adelon par M. Calmeil et le mémoire de M. Piorry. »

Page 15, Liveing rapporte l'autre observation de Lebert qui est fort instructive.

OBSERVATION IV. A. (Lebert *in* Liveing.)

J'ai moi-même subi, dit le professeur Lebert, trois accès de cette sorte dans ma vie, le premier au début de 1845, le second en 1847 et le troisième vers la fin de 1849. Ces attaques commençaient par quelque incohérence des idées, une difficulté à trouver les mots, et un engourdissement dans la langue et dans les derniers doigts de la main droite; une sensation de malaise général qui se compliquait au bout d'une heure ou deux par une douleur très aiguë au-dessus du sourcil droit, et était aussitôt accompagnée de vomissements copieux, suivis immédiatement par la cessation du désordre des idées et de l'engourdissement, et qui ne laissait pas d'autres traces le matin suivant que la migraine ordinaire à laquelle je suis sujet.

Et Liveing ajoute que ce mal de tête nauséux à type unilatéral est précédé par un désordre remarquable de l'idéation et une disparition de la parole aussi bien que par une perte de la sensibilité dans la langue et dans les doigts du même côté « et, je désire attirer une attention spéciale au fait, en rapport avec mon argument général pour l'unité essentielle de ces formes ou de ces degrés variés de désordres, que ces accès compliqués sont survenus de temps en temps d'une façon intercurrente ou accessoire avec ceux de la migraine simple ordinaire à laquelle le professeur est sujet.

OBSERVATION V. A. (Liveing.)

Liveing rapporte ensuite une observation détaillée d'un homme H. T..., de 33 ans, qui le consulta à King's College Hospital en 1863 pour des maux de tête durant depuis cinq ans. Sa mère avait été migraineuse pendant la plus grande partie de sa vie; mais il n'avait aucun membre de sa famille atteint d'épilepsie ou d'autres troubles nerveux. Les accès survenaient sans cause apparente, d'une façon sou-

laine, avec une « apparition éblouissante » devant les deux yeux, accompagnée de « scintillements brillants et de couleurs », aucune partie du champ visuel n'est blanc, mais la vision distincte est si diminuée qu'il ne peut distinguer les lettres d'un livre. Ces visions sont augmentées par l'action de se baisser. « Quand cet état avait duré environ un quart d'heure, un engourdissement, une sensation de frémissement (comme l'on ressent au pied ou à la main que l'on dit « endormie », sensation « d'épingles et d'aiguilles ») commencent dans les doigts de la main droite, et s'étendent graduellement jusqu'à ce que le bras et le côté jusqu'à la gorge soient atteints; l'intérieur du gosier, la langue, les lèvres semblent partager cette sensation qui n'est plus maintenant cantonnée au côté droit, mais affecte ces régions bilatéralement ». La parole est ensuite touchée. Je demandai au malade, qui était un homme très intelligent, quelle sorte de difficulté il éprouvait en parlant; si c'étaient ses idées qui étaient confuses, ou s'il ne pouvait prononcer ses mots. « Non plus », répondit-il, et il ajouta : « Je ne peux pas vous dire pourquoi, mais il m'est absolument impossible de parler. Si je devais essayer, je dirais des mots tout à fait différents de ceux que je veux dire, ou qui n'auraient aucun sens; mais ma pensée est claire ou seulement un peu confuse, et je sais parfaitement ce que je désire dire. » La durée entière de ces symptômes est d'environ trois quarts d'heure, et comme ils ne calment, une céphalée bilatérale s'installe; elle n'est pas très vive au début, mais graduellement elle augmente d'intensité jusqu'à devenir intolérable, et le malade est obligé de se coucher par terre. La douleur est accompagnée de nausées, mais pas de vomissements; elle est augmentée par le bruit, soulagée dans une certaine mesure par le recueillage et le repos, mais bien plus par le sommeil quand le patient est assez heureux pour l'obtenir.

En ce qui concerne les troubles psychiques, Liveing fait remarquer qu'ils existent dans quinze de ses observations, soit juste le quart des cas envisagés. Ils appartiennent aux stades les plus précoces du paroxysme et le plus souvent précèdent donc le mal de tête. Dans quelques cas, où le trouble est de la variété émotionnelle, il peut être retardé ou prolongé à un

stade plus tardif. La variété intellectuelle des troubles psychiques est surtout constituée par les troubles de la parole. Le professeur Lebert dit que les plus sévères de ses crises « commencèrent avec quelque incohérence des idées et de la difficulté à découvrir les mots ». Le même auteur remarque qu'il éprouva aussi un singulier trouble de l'idéation : les circonstances et les événements qui étaient arrivés longtemps avant lui étaient rapportés comme s'ils étaient actuellement présents; sa conscience lui paraissait doublée, et le passé et le présent confondus. Après avoir fait allusion à un cas de Tissot, Liveing ajoute : « ceci nous incline à penser que quelquefois nous nous retrouvons dans l'épilepsie. » Il cite alors le cas de l'astronome Royat dont l'attaque hémipique habituelle fut compliquée une seule fois par la perte de la mémoire et de la parole. Le docteur Spalding, de Berlin, a bien analysé les troubles de la parole. « Je m'assis — dit-il — et écrivis les deux premiers mots, mais trouvais au bout d'un moment que j'étais incapable de continuer car je ne pouvais pas retrouver les mots qui appartenaient aux idées présentes dans ma pensée. Je m'aperçus que je parlais régulièrement des mots autres que ceux que j'avais l'intention de dire... J'observai, à mon grand étonnement, qu'au lieu des mots : « Fity dollars being one half year's rate » que j'aurais dû écrire, il y avait « Fity dollars through the salvation of Bra — » avec un tiret après, car le mot « Bra — » était à la fin d'une ligne. »

La seconde forme de désordre psychique qui accompagne quelquefois le développement de la migraine est appelée affective ou « émotionnelle »... Romberg mentionne l'irritabilité du caractère comme trouble prémonitoire. Tissot rapporte le cas d'un médecin sujet à la migraine; il jouissait d'une excellente santé entre les paroxysmes, mais toujours devenait déprimé et de mauvaise humeur un ou deux jours avant. Comme forme plus frappante de perturbation émotive Liveing souligne l'existence, au cours du paroxysme, d'un « vague et inexprimable sentiment de peur ».

Liveing cite une observation très instructive.

OBSERVATION VI. A. (Liveing.)

A..., un oncle, souffrait de la migraine; son frère eut deux attaques d'épilepsie et de l'incontinence d'urine dans l'enfance. Le malade, à l'âge de 9 ou 10 ans, devint sujet à des maux de tête mensuels. A deux reprises il présenta une crise de la variété suivante : « Il avait été quelque peu excédé de travail à l'école; et il retourna chez lui de bonne heure avec mal à la tête; pendant qu'il se lavait les mains, il fut brusquement pris de ce qu'il décrit plus tard comme un « cauchemar de veille ». Il perdit toute perception consciente de la salle et des objets qui l'entouraient, et il se sentit pendant sur le bord d'un précipice et autres choses horribles qu'il ne put se rappeler ou décrire. Les siens furent alarmés en l'entendant crier, et ils le trouvèrent sur les marches, dans une sorte d'état somnambulique, vociférant bruyamment. Il reprit ses sens au bout de dix minutes environ, mais il demeura passablement ébranlé et meurtri. La seconde attaque fut de très près semblable à la première, mais elle survint aussitôt après avoir été au lit, la nuit. Il fut de nouveau trouvé sur les marches, vociférant et somnambulique. Consécutivement il n'eut aucune attaque aussi marquée, mais on le trouva quelquefois redisant ses leçons ou les événements de la journée dans son premier sommeil. Ce fut peu de temps après que ces attaques aient cessé de le troubler, que sa migraine se développa d'une façon complète.

Page 129, Liveing, se rapportant à l'opinion de Trousseau, associe « avec ces migraines périodiques certains symptômes cérébraux de caractère transitoire, mais survenant à intervalles plus ou moins fréquents, symptômes qui ont été correctement classés par Musgrave, Wepfer, Van Swieten, et tous ceux qui ont étudié la question, avec le phénomène produit par la goutte irrégulière et larvée. Celles-ci, quelquefois, prennent la forme de « vertige », comme chez l'homme dont parle le commentateur de Boerhaave, qui pendant deux ans fut toujours saisi de vertige quand il essayait de se lever. En

vain, les plus habiles praticiens s'efforcèrent de le guérir. Tout à coup, il eut une attaque de goutte, dont il ne sentit pas alors l'indication; et, depuis ce temps, il se trouva délivré du pénible vertige ». Il est intéressant d'observer que ce vertige, produit par le lever rapide, semble avoir été, dans la pensée de Bacon, associé avec la migraine. Il dit en effet : « Les migraines et les vertiges sont plutôt quand nous nous levons après une longue station assise que quand nous nous asseyons. La cause est que les vapeurs qui étaient ramassées par la station assise, par le mouvement soudain volent plus haut dans la tête. »

Le docteur Marchall-Hall fit remarquer combien sont intimement reliées les deux formes d'attaque à famille des affections paroxystiques dont l'épilepsie est le type : « J'ai été particulièrement frappé, écrit-il, par la fréquence de l'association de la maladie avec ces crises (petite épilepsie). La désignation de « mal de tête nauséux » est familière à nous tous, mais quelquefois il n'y a pas mal de tête mais vertige, ou une perte de connaissance momentanée qui accompagne le mal. » Et de nouveau : « La crise n'est pas toujours celle qui affecte l'intellect ou le système musculaire; quelquefois, au contraire, il y a de la pâleur et de l'évanouissement, s'il n'y a pas perte de connaissance, et de la nausée si ce n'est du vomissement. Cette forme de crise — j'évite à dessein le terme épilepsie — procède des mêmes causes que les autres. Elle appartient à une classe d'affections qui, bien que variées à d'autres égards, combinent les symptômes de perte de connaissance ou de qualité nauséuse. » Le docteur Hall reconnaît plus loin une susceptibilité morbide de la moelle allongée à l'origine de toutes ces crises. « Le terme épilepsie, continue-t-il, s'il n'est pas écarté, peut être appliqué d'une façon plus extensive qu'il ne l'est habituellement pour désigner certains cas de mal et de syncope grandement alliés à la moins formidable épilepsie. Le « mal de tête nauséux », le mal, le début de faiblesse, le vertige, l'état nauséux, ne sont pas dissemblables de la petite épilepsie — le « petit mal » des auteurs français. L'effet

produit, sur la moelle sensible, de la balançoire, du mal de mer, appartient à la même cause d'affections morbides. »

A l'appendice de son traité, Liveing rappelle les cas rapportés par Abercombrie, qui semble les avoir regardés comme *sui generis* et ne pas avoir reconnu leur affinité avec les cas plus ordinaires de migraine. Ces faits sont parmi les exemples des « affections locales des nerfs », sujet qu'il considère comme « entouré d'une grande obscurité ». En voici un :

OBSERVATION VII. A. (Abercombrie *in* Liveing.)

Il y a quelque temps, écrit Abercombrie, je fus consulté au sujet d'une maladie singulière qui survient par paroxysmes et affecte de la même façon deux et même trois individus d'une famille, une jeune dame de 25 ans, un jeune homme de 22 et un autre de 20. La dame décrit la crise de la façon suivante : Elle est d'abord aveuglée de l'œil droit, qui se trouve graduellement comme si un nuage passait lentement au-dessus de lui; un quart d'heure après environ, elle sent un engourdissement du petit doigt de la main droite commençant à l'extrémité de celui-ci, et s'étendant graduellement à la main et au bras entier, produisant une perte complète de la sensibilité de ces parties, mais sans aucune perte de la motilité. La sensation d'engourdissement s'étend alors au côté droit de la tête; elle devient opprimée et partiellement confuse, répond aux questions lentement et confusément et l'articulation des mots est considérablement atteinte. Elle vomit quelquefois quand elle arrive à l'estomac. La sensation d'engourdissement commence alors à se calmer, et, comme elle disparaît, elle est saisie d'un violent mal de tête qui continue pendant plusieurs heures et la laisse pendant un jour ou deux faible et languide. La progression de la sensation d'engourdissement depuis le petit doigt jusqu'à l'estomac occupe quelquefois plusieurs heures, et la durée ordinaire du paroxysme entier est d'environ vingt-quatre heures. La fréquence de son apparition varie de quelques jours à plusieurs mois; elle y est sujette depuis plusieurs années; mais dans les intervalles des attaques, elle jouit d'une santé parfaite. Son frère, qui a 22 ans, est affecté exactement de la même façon, et il est sujet à ces paroxys-

mes depuis de nombreuses années. Un autre membre de la famille, un gros jeune homme de 20 ans, a eu dernièrement plusieurs attaques d'une affection similaire quoique d'un degré plus léger.

Le cas suivant est un de ceux qui présentent un caractère similaire dans la *Collection from impublished writings* du docteur Parry.

OBSERVATION VIII. A.

La malade est une femme de 30 ans, mère de quatre enfants, qui a été sujette depuis de nombreuses années à des indigestions. Avant son mariage, elle avait souffert d'une attaque remarquable de la variété suivante, qui s'est répétée de temps en temps depuis. Après un malaise considérable d'estomac et d'intestin, et ordinairement après constipation inusitée, elle est saisie soudain de vertige dans la tête et d'un grand obscurcissement de la vue, suivi, au bout de vingt minutes environ, par « une lueur devant les yeux ». Le vertige est quelquefois accompagné d'un fort état nauséux; alors, la main droite et le bras perdent plus ou moins, mais toujours, en grande partie de leur sensibilité, et en quelque degré la faculté de se mouvoir, de sorte qu'elle ne peut rien tenir dans la main. Par degrés successifs, l'engourdissement monte à l'épaule puis à la face, toujours à son avis sur le côté droit, immédiatement après quoi la moitié droite de la langue est touchée d'une semblable façon, et elle perd la faculté d'articuler. A cette période également, son intelligence devient confuse et sa mémoire est en même temps, pour une demi-heure environ, si affaiblie qu'elle ne peut pas se rappeler le nom du médicament qu'elle vient juste de prendre. Au sujet de ce manque de mémoire à cette période précise, elle est toujours incapable de dire quelle partie de sa langue est engourdie, et s'il n'y a aucune diminution locale de la faculté gustative. Bientôt après ces faits, les symptômes graduellement s'apaisent, laissant la malade avec une céphalalgie très gênante qui persiste la journée entière. Pendant ce mal de tête, si ce n'est avec, sa face est extrêmement chaude et congestionnée et ses pieds sont très froids. La douleur de la tête s'étend quelquefois elle-même à l'occiput, mais elle est

toujours plus grande si ce n'est tout à fait complète au côté gauche; pendant plusieurs jours continue un état somnolent. Le pouls radial est, du début à la fin, dans son état normal.

Le même auteur, page 370, cite un autre cas qui s'ajoute à ceux des *Métamorphic and Vicarious Relations of Megrim*, page 204. Il semble y avoir, d'après Liveing, connexion avec une base hystérique.

Liveing fait allusion plus loin au mémoire de Piorry, *Sur la nature et le traitement de plusieurs névroses et sur l'analogie qui existe entre elles et les névralgies*, dans sa clinique médicale de l'Hôpital de la Pitié. Et l'auteur anglais, rendant hommage à notre compatriote, cite le passage où celui-ci décrit la migraine accompagnée à côté des variétés ophtalmique et gastrique.

Enfin c'est le « vertige » de Robert Whytt qui est finement analysé. A ce vertige sont particulièrement sujets les individus à constitution névropathique, ce que Wollaston explique dans son propre cas par l'effet d'une variation de la tension du sang dans le cerveau. Whytt a reconnu cette forme de vertige comme une névrose distincte, de nombreuses années avant, et il l'explique plus correctement par une particularité de l'organisation nerveuse. Il s'exprime ainsi :

« Un vertige. — Cela peut provenir de plusieurs causes : celles qui produisent un mal de tête périodique, spécialement quand il affecte la partie antérieure du cerveau et la dure-mère. Beaucoup de gens à système nerveux et vasculaire délicats, après avoir arrêté puis soudainement levé la tête, sont sujets à être saisis par un vertige quelquefois accompagné de perte de connaissance. Dans ce cas, les vaisseaux du cerveau étant trop faibles semblent se distendre plus que d'habitude sous la pression du sang quand la tête est inclinée; et après, quand elle est soudainement relevée, et que le sang descend tout à coup vers le cœur, ces vaisseaux ne se contractent pas assez vite, de façon à s'accommoder à la quantité de sang qui y reste. Au même moment, le cerveau, en raison de sa trop

grande sensibilité, est plus touché que d'habitude par tout changement soudain dans le mouvement des fluides à travers ses vaisseaux. »

Lasègue est migraineux et il y voit une supériorité lui assurant la compétence sur le sujet traité par Liveing. Il est bien certain que son caractère paraît avoir été influencé par la névrose qu'il critique avec tant d'âpreté dans l'ouvrage du médecin anglais. Lasègue semble d'abord illogique. Qu'on en juge. Il dénonce ce travers des gens du monde qui « se plaisent à exprimer le regret que les médecins n'aient pas éprouvé les maladies dont ils entreprennent le traitement », et... il affirme qu'il est à peu près impossible de décrire la migraine quand on ne l'a pas éprouvée !... Est-il donc si facile de décrire sa migraine ? J'ai eu récemment sur ce sujet l'opinion d'un maître de la neurologie française. Migraineux dans sa jeunesse, il voulut écrire minutieusement son auto-observation. Il essaya à plusieurs reprises. Vaincu par l'accès, il n'y parvint jamais. J'aurai aussi pour ma défense l'illustre précédent de cet autre maître que fut Grasset. Comme il s'excuse de n'être pas migraineux avant d'écrire l'article de son traité, le professeur de Montpellier ajoute que « cela peut avoir du reste un avantage, c'est qu'on risque moins de se laisser absorber par la forme particulière à laquelle on est sujet; on décrit la migraine, au lieu de décrire sa migraine, et on a moins tendance à trop généraliser des cas particuliers comme l'ont fait du Bois-Reymond et tant d'autres ».

Au sujet de la variété de migraine qui nous intéresse, l'opinion de Lasègue est catégorique : « Les perversions intellectuelles, les troubles de la parole, les syncopes, les vertiges avec perte de conscience, que le docteur Liveing a réunis dans son quatrième groupe, compliquent la description d'une maladie à laquelle ils n'appartiennent pas... » Voilà qui est net. « Le docteur Liveing admet, comme on l'a vu, un type dont l'authenticité me paraît douteuse et où interviennent des troubles nerveux d'une intensité exceptionnelle. Il a consacré de nombreuses pages à ce qu'il appelle les désordres

du toucher, de la parole, de l'intelligence, et aux états vertigineux, sans avoir réussi à me convaincre, je ne dirai pas de la vérité de ses observations, mais de la nature migraineuse de ces accidents... Dans une série de considérations qui ont le défaut grave de comprendre trop de vues épisodiques et trop peu de données positives, l'auteur a cherché à établir un lien étroit entre la migraine et les autres névroses. Que la migraine ne survienne pas sous l'influence de lésions destructives, la chose est hors de doute; qu'elle soit héréditaire, le fait n'est plus contestable; mais il y a plus d'inconvénients que de profits à faire rentrer la migraine dans le groupe déjà confus et déjà surchargé des affections névropathiques... »

« Parmi les gens à nervosité pathologique, la migraine est plus près de l'exception que de la règle; et, à nombre égal, on ne trouve pas chez eux plus de migraineux qu'entre les gens qui jouissent d'un fonctionnement nerveux correct... » « L'épilepsie, dit le docteur Liveing, est la névrose qui entretient avec la migraine la plus étroite connexion, soit qu'à l'occasion une affection se substitue à l'autre, soit qu'on constate entre les deux névroses une série de cas intermédiaires... »

Lasègue cite alors trois observations de Liveing que je n'ai pas rapportées, les estimant douteuses. Mais Lasègue affirme qu'il a choisi les faits les plus explicites. Et le critique a beau jeu de s'écrier alors : « Est-ce avec de semblables faits qu'on est autorisé à affirmer la connexité, je dirai presque l'identité de nature entre la migraine et l'épilepsie ? Que les malades, et j'ai choisi les faits les plus explicites, aient été atteintes d'épilepsie féminine, plus communément désignée sous le nom d'hystéro-épilepsie, je ne veux ni le contester ni le discuter; mais où trouve-t-on la migraine ? C'est en se contentant ainsi d'à peu près, en appelant migraine tout mal de tête, en ne tenant pas compte de l'évolution de la crise et des éléments multiples dont elle se compose, qu'on entretient la confusion dans la pathologie nerveuse, et qu'on finit par déclarer que toute névrose en vaut une autre, ce qui dispense les gens inexpérimentés d'en apprendre davantage. »

Enfin, c'est l'opposition systématique jusqu'aux conclusions de l'article. Lasègue n'accepte pas la comparaison entre les actions nerveuses physiologiques et pathologiques. « Adaptant ce principe à la migraine, dit-il, on a vu que l'auteur mettait sur le même rang toutes les crises nerveuses : épilepsie, asthme, migraine, vertiges, etc., parce que toutes procèdent à la manière des spasmes nerveux physiologiques et ne diffèrent du bâillement ou de l'éternûment que par le siège et l'intensité... Je me suis élevé au nom de la clinique contre cette généralisation plus dangereuse qu'utile et qui a pour aboutissant obligé la confusion. »

A cette opinion au moins étrange devait répondre quinze ans plus tard l'Ecole de la Salpêtrière.

En 1878, dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, Bonnal publie l'observation suivante :

OBSERVATION IX. A. (Bonnal.)

Morello Jean, 40 ans, né à Saluces, province de Corni (Piémont), est sujet depuis l'âge de 13 ans et demi à des accès douloureux avec symptômes épileptoïdes sans chute ni perte de connaissance qui, jusqu'au 1^{er} novembre 1875, se sont régulièrement manifestés tous les mois, trois fois au moins et quatre fois au plus. Sa mère est morte à l'âge de 72 ans d'une maladie aiguë. Elle éprouvait assez souvent des douleurs de tête, sortes de migraines qui l'empêchaient de vaquer à ses occupations. Son père, mort aussi à 72 ans, a été atteint à neuf ou dix reprises différentes d'un violent mal de côté qui le forçait à garder le lit pendant huit ou dix jours et pour lequel on le saignait très abondamment. Ce mal siégeait toujours à la partie antérieure latérale des trois dernières côtes, du côté gauche de la poitrine; il n'était accompagné ni suivi d'aucune expectoration, et un intervalle d'au moins un an séparait toute nouvelle manifestation de la précédente. Enfin, l'unique sœur de Morello est morte des suites d'une opération césarienne. Il n'a jamais appris qu'aucun membre de sa famille eût été atteint de troubles nerveux.

Morello présente toutes les apparences d'une robuste constitution.

Sa taille est au-dessus de la moyenne, et il est parfaitement constitué. Sa figure est très avenant; son intelligence est vive, son caractère assez insouciant. Il a reçu une assez bonne instruction, et pendant quinze ans il a été employé dans les bureaux de la douane italienne.

Ce fut à l'âge de 13 ans et demi, que se manifesta le premier accès et sans cause déterminante appréciable. La santé de Morello avait été jusque-là excellente. Pas d'onanisme, et ce n'est que plus tard qu'il a commencé à voir des femmes. Trois mois après ce premier accès en survint un second, qui fut suivi cinq mois après d'un troisième. A partir de ce dernier, les accès se montrèrent pendant vingt-cinq ans quatre fois au plus et trois fois au moins par mois; laissant entre eux un intervalle minimum de sept jours. Chaque accès était annoncé dès la veille par une douleur constrictive à la nuque, d'autant plus intense qu'il devait être plus violent. Il débutait ordinairement par un sentiment d'oppression précordiale et par un trouble de la vision avec strabisme et obscurcissement de la vue. Le malade voyait des nuages dans lesquels apparaissaient des arcs lumineux et vacillants, sortes de lignes de feu en zig-zag présentant un scintillement continu, phénomènes en tout semblables à ceux signalés par Piorry et qui lui ont fait admettre une forme particulière de migraine, qu'il a nommée irisalgique. Si la crise le prenait chez lui, Morello fuyait immédiatement la lumière et allait s'enfermer dans une chambre obscure. Si, au contraire, il se trouvait hors de sa demeure, averti par ces prodromes, il cherchait aussitôt à regagner son domicile et parvenait à se diriger en mettant une de ses mains sur l'œil droit sans toutefois réussir à faire cesser complètement le strabisme. Après un intervalle variant de cinq à quinze minutes, il éprouvait au petit doigt de la main droite, quelquefois à l'annulaire, une espèce de fourmillement qui gagnait le poignet, puis le coude et qui, à deux ou trois reprises différentes, passait du coude au petit doigt et réciproquement. Tous les mouvements du bras étaient conservés, et il se bornait à le frictionner vigoureusement avec la main gauche, non atteinte. Après quelques minutes, ce spasme passait du coude, qui restait engourdi, au nez, à l'œil droit et à la langue, et le malade ressentait au visage comme des secousses électriques. La moitié droite de la langue se tuméfiait, et la pointe se diri-

geait du même côté. La parole devenait alors difficile, embarrassée, et quelquefois impossible; il lui arrivait même de dire un mot pour l'autre, mais il avait la parfaite conscience. Cette première période durait une demi-heure au plus; alors commençait une seconde phase, caractérisée par une douleur croissante qui débutait à la région temporale droite et gagnait le sommet du crâne. Souvent survenaient des nausées, mais deux fois seulement en vingt-cinq ans, il lui est arrivé de vomir. Il n'a jamais eu ni cri, ni vertige, ni perte de connaissance, ni chute. Morello s'est toujours rendu compte de ce qui se passait autour de lui, et il a toujours eu conscience des phénomènes qu'il éprouvait... Quoique les accès se répétassent trois ou quatre fois par mois au plus, le malade ne pouvait guère compter que sur cinq ou six jours de santé entre chacun d'eux. Si à partir du cinquième jour il allait au bal et ne s'en retirait pas de bonne heure, ou s'il se livrait à des excès vénériens, le lendemain voyait indubitablement apparaître un nouvel accès. En revanche, les excès de table étaient sans influence...

Le 2 novembre 1875, Morello entra au Hammam de Nice en qualité d'apprenti masseur. Depuis son entrée au Hammam, les accès ne vinrent que très rarement, ainsi vingt jours après son entrée, une première crise très légère, deux mois après une seconde crise et la dernière jusqu'à son départ, qui était le 15 juin 1876. Depuis cette date jusqu'à son retour au Hammam, il a eu deux accès légers, l'un au mois de juillet, l'autre au mois de septembre. Il a eu encore, en décembre, deux accès, et puis il n'en a pas présenté d'autre jusqu'au mois de mars 1877, époque à laquelle le docteur Bonnal l'a perdu de vue. C'est donc une amélioration des plus remarquables des crises épileptiques aussi bien que des phénomènes de migraine ophthalmique.

Dans une étude détaillée sur la migraine ophthalmique parue la même année dans les *Archives générales de médecine*, Galezowski écrit : « Il est incontestable que les personnes nerveuses, les femmes hystériques et les individus atteints d'attaques épileptiformes peuvent accuser quelquefois des phénomènes de migraine ophthalmique. » Il cite alors le cas rapporté quelques mois avant par Bonnal.

Dans la seconde partie de son étude, l'auteur remarque : « Le vertige est très fréquent dans la migraine ophtalmique; et il est d'autant plus prononcé que le trouble visuel est plus marqué et qu'il a duré plus longtemps; souvent même il subsiste encore pendant quelque temps après que ce dernier a disparu. » Un peu plus loin, il traite de l'aphasie passagère et de l'amnésie, qui sont des faits bien avérés depuis Liveing. « Lorsque le malade veut parler, il éprouve de la difficulté à prononcer certaines phrases et perd la mémoire de certains mots. Cet état dure quelques minutes, quelquefois un quart d'heure et même une demi-heure, puis tout rentre dans l'ordre. La présence de ces phénomènes, joints à des fourmillements soit dans un bras, soit dans une jambe, peut faire penser à l'existence d'une affection cérébrale grave, alors qu'il ne s'agit réellement que de troubles nerveux ou tout au plus d'un spasme des vaisseaux, dans quelques portions très limitées du cerveau. » Voici deux observations à l'appui :

OBSERVATION X. A. (Galezowski.)

Migraine ophtalmique avec vertiges et fourmillements au bras.

M^{me} V..., âgée de 50 ans, nous est adressée par le docteur Noël Gueneau, de Mussy. Elle n'a jamais eu de migraine, mais depuis deux ans et demi, elle éprouve tous les deux ou trois mois des troubles visuels caractérisés par une hémipopie, des cercles lumineux et des éclairs en zigzags. Ces phénomènes durent de 15 à 20 minutes, et laissent après eux un léger mal de tête et des nausées. Souvent M^{me} V... accuse des phénomènes d'aphasie, de vertige et de fourmillements dans le bras gauche, surtout lorsque les crises se prolongeaient, comme la dernière, par exemple, pendant deux heures. La malade a de fréquents rhumatismes articulaires et musculaires, elle a du sable rouge dans les urines et est très dyspeptique. L'intérieur de l'œil est parfaitement sain, si ce n'est que les artères paraissent un peu onduleuses.

OBSERVATION XI. A. (Galezowski.)

Migraine ophthalmique avec aphasie et fourmillements dans le bras.

M. X..., âgé de 21 ans, étudiant en médecine, vient me consulter le 18 janvier 1878. Il dit avoir, depuis l'âge de 15 ans, des troubles visuels périodiques qui surviennent toujours dans l'œil droit. Depuis, il a eu aussi souvent des maux de tête. L'accès éclate généralement d'une manière subite, et est accompagné de photophobie, d'éclairs sous forme de zigzags, et de cercles lumineux qui sillonnent la partie temporale du champ visuel. Il y a aussi de l'hémiopie. Ces crises durent une demi-heure et sont suivies de nausées et de vomissements. En même temps le malade ressent des picotements dans tout le corps, et des fourmillements dans le bras gauche, avant ou pendant l'accès. Des douleurs de tête, surtout dans la région sourcilière et dans le globe de l'œil, s'observent non seulement pendant le trouble visuel, mais quelques jours après la disparition de ce dernier. Ces crises sont parfois même suivies d'amnésie et d'aphasie.

C'est pendant l'année 1879-1880 que Bouchard professa à la Faculté de Paris ses célèbres leçons sur les « Maladies par ralentissement de la nutrition ». Après avoir remarqué que la migraine est héréditaire, que la prédisposition se traduit par l'existence chez les parents de maladies comme l'asthme, la goutte, la gravelle, la lithiase, l'obésité, le diabète, les névralgies, etc., Bouchard envisage les rapports de la migraine avec les maladies du système nerveux. « On a dit aussi, écrit-il, que la migraine pouvait être le prodrome de l'aliénation, de la paralysie générale, des néoplasies cérébrales ou méningées. La douleur peut être plus ou moins forte que celle de la migraine; elle n'est pas la même. On le sait par le témoignage de migraineux chez lesquels se sont développées ces affections cérébrales; ils savent faire la distinction... En résumé, la migraine est une maladie qui s'individualise, qui conquiert son autonomie à un plus haut degré qu'aucune des maladies que nous avons déjà étudiées. Ses fréquentes pa-

rentés morbides avec les maladies arthritiques prouvent que sa condition pathogénique peut être provoquée ou préparée par des troubles nutritifs communs à toutes ces maladies. »

C. — *Travaux de la fin du XIX^e siècle.*

L'Ecole de la Salpêtrière.

Charcot a révolutionné la pathologie nerveuse; on peut même dire qu'il a créé la neurologie. Il ne faut donc pas être surpris si l'abondance des faits nouveaux apportés par son école sur la migraine, oblige à y consacrer un long développement.

Charles Féré publie, dans la *Revue de médecine* de 1881, un mémoire sur la migraine ophtalmique. Outre les troubles vaso-moteurs de la face, la douleur de tête s'accompagne quelquefois de phénomènes divers du côté des membres ou même d'altération des fonctions cérébrales, notamment de troubles localisés de la sensibilité et de la motricité des membres, de troubles de la parole. Le mémoire s'appuie sur l'étude minutieuse de dix observations. D'après Féré, la migraine et ses associations doivent résulter d'une anémie partielle du cerveau, siégeant dans les masses centrales, vers le carrefour des voies sensitives. Les troubles de la sensibilité générale et spéciale ne pourraient, dans le cas de siège cortical, coïncider avec l'aphasie sans s'accompagner en même temps de troubles moteurs, à moins d'admettre des troubles circulatoires localisés, mais occupant à la fois plusieurs zones.

Les observations suivantes m'ont paru intéressantes à connaître :

OBSERVATION XII. A. (Féré.)

P. V..., âgé de 32 ans. Un frère épileptique. Ce malade vient consulter pour des crises d'angoisse. Ces accidents avaient été précédés de migraines très intenses. La douleur apparaît brusquement au-dessus de l'orbite gauche, puis s'irradie vers la tempe. A partir du mo-

ment où la douleur s'exaspère, le malade sent des contractions dans les muscles des paupières et de l'œil qui est tiré en divers sens; en même temps la vue s'obscurcit et quelquefois l'hémiopie s'est montrée. Ces sensations durent vingt à trente minutes, puis le malade est pris de nausées et de vomissements.

Il reste abasourdi pendant quelque temps, maladroit dans son travail, comprenant difficilement ce qu'on lui dit, puis au bout d'une heure il revient complètement à lui. Il lui est arrivé, pendant cette période, d'entendre des bruits de moulin dans l'oreille gauche. Pendant plusieurs années il prit des angoisses et des migraines avec chute; les spasmes persistaient, précédés d'une assez longue période prémonitoire, et l'auteur put observer toute la convulsion. Le malade avait une recrudescence de la douleur; au même moment apparurent des secousses dans les divers muscles de l'orbite gauche, relèvement de la paupière, déviation brusque de l'œil en tous sens, contraction de la pupille. Ces mouvements se sont produits pendant sept minutes environ et sont allés en diminuant comme la douleur. Le malade tombe dans un sommeil stertoreux dont aucune excitation ne peut le tirer. Dans les accès plus violents, la face participe à la convulsion.

OBSERVATION XV. A. (Féré.)

M^{me} P..., 52 ans, père mort cancéreux. Manifestations arthritiques chez les collatéraux. Depuis la menstruation, la malade est sujette à des migraines très violentes qui reviennent tous les quinze jours avec engourdissement pénible dans la main gauche. En somme, migraine ophthalmique complète jusqu'à la ménopause. A ce moment, les accès ont présenté une certaine modification. Immédiatement après que les vomissements ont cessé, la malade est prise d'une impulsion irrésistible de fuite, et on a grand'peine à la retenir en fermant avec soin toutes les issues. Cette impulsion consciente disparaît avec la douleur de tête. En même temps, elle commença à éprouver dans la tête des chocs qui la réveillaient brusquement et qui se reproduisaient quatre ou cinq fois par nuit. Enfin apparurent des troubles paralytiques qui se manifestaient quand le sommeil s'interrompait vers la fin de la nuit : elle était incapable de mouvoir aucun

membre et cette parésie générale s'accompagnait d'une sensation d'engourdissement pénible avec picotements et refroidissement de la main gauche surtout. Ces accidents, qui tout d'abord ne duraient que quelques minutes, en vinrent à se prolonger pendant une heure et plus. Le traitement bromuré fit disparaître tous ces symptômes surajoutés.

OBSERVATION XIV. A. (Féré, 1881.)

M^{me} Vald..., 34 ans, sans antécédents.

En 1878, un soir, en lisant, une douleur lui traverse la tête d'avant en arrière et la laisse comme hébétée. Quelques jours après, elle se réveille un matin ne pouvant remuer les doigts de la main droite; le lendemain, le bras entier était paralysé et insensible; quinze jours après, crampe de la jambe droite et paralysie consécutive. Les vertiges revinrent plus forts et s'accompagnèrent un jour de tremblements des jambes, puis des doigts en même temps que d'un mouvement convulsif de la face. A partir de ce moment, douleurs paroxystiques hémicraniennes droites durant cinq minutes avec nausées. Pendant dix-huit mois, aucun trouble. Une nuit, en rentrant chez elle : vertiges, perte de connaissance, point douloureux frontal, roue dentée rouge qui tourne, quelques tintements, puis surdité par moments, vomissement. Un mois plus tard, contracture de tout le côté gauche du corps qui dura deux heures, avec douleurs lancinantes du cou au front, scotome central noir, hémiopie. Après avoir bu du café, elle eut un jour un accès de migraine ophtalmique avec recrudescence de l'hémiopie qui avait persisté.

OBSERVATION XV. A. (Féré, in *Pathologie des émotions*.)

M. B..., homme de 43 ans; père goutteux; mère migraineuse; un frère goutteux. Depuis l'âge de 18 ans, il est sujet à des migraines bimensuelles; pendant trois ou quatre ans, les accès furent simples, puis, à la suite d'un refroidissement prolongé, un accès fut précédé d'un obscurcissement de la vue et de fourmillements de la main gauche. Depuis cette époque, les accès se sont toujours accompagnés

de troubles sensoriels et moteurs variés : hémiopie, scotome, éblouissement rouge, sensations auditives, et, dans quelques accès plus violents, sensations gustatives et olfactives. Des troubles moteurs se manifestent le plus souvent en même temps que les troubles sensoriels; mais il est arrivé qu'ils existaient seuls, même sans l'hémicranie : la paralysie, précédée d'engourdissement, prend la face, la main ou tout le bras gauches et dure une demi-heure à deux heures : deux fois l'accès s'est accompagné de mouvements convulsifs dans la face et le bras gauche. Pendant dix-huit ans la migraine conserve ce caractère. A la suite de chagrins domestiques, le malade eut des migraines en série : il eut des accès les 12, 13, 14, 15, 16 mai, et en juin il eut deux séries de quatre crises. Le 4 juillet, vers deux heures du matin, il fut pris d'une hémicranie violente avec parésies; il s'endormit vers dix heures, et, à son réveil il se trouva dans un état de torpeur prononcé avec confusion des idées. Au bout de quelques minutes, la douleur reparut suivie de troubles visuels et d'engourdissement paralytique de toute la moitié gauche du corps. Il tomba alors dans un état de stupeur dont rien ne put le tirer et qui dura onze heures; il se réveilla vers deux heures du matin et la douleur prit une intensité atroce; des scintillations très éclatantes furent suivies d'une cécité complète et le côté paralysé de la face fut le siège de secousses convulsives. Il eut ainsi trois reprises, et après un sommeil prolongé il se réveilla guéri de tous ses accompagnements migraineux. Six mois après, nouvel état de mal composé de neuf accès successifs et qui dura quatre jours avec hémiplegie complète. L'auteur l'examina alors : pas de stigmates hystériques, pas de troubles nerveux, pas de sucre, pas d'artériosclérose. Grâce au bromure de potassium à haute dose (huit grammes), les accès n'avaient pas reparu six mois après.

Clifford Allbutt fait paraître dans le *Brain*, en 1883, une longue observation de migraine épileptiforme.

OBSERVATION XVI. A. (Allbutt.)

C. K..., 24 ans, horloger, admis le 23 mai 1882. Sa mère, avant sa mort survenue à 62 ans, fut, de même que sa sœur encore vivante,

sujette à des attaques intermittentes avec étourdissements; il peut même se rappeler que son frère, sans cause appréciable, perdit une fois le contrôle de la parole. Pas d'autres antécédents nerveux dans la famille. A l'âge de onze mois le malade eut trois accès convulsifs un jour, provoqués dit-on par l'exposition au soleil; mais il n'eut aucune maladie sérieuse en dehors des maladies ordinaires de l'enfance.

Pas d'histoire syphilitique soit congénitale, soit acquise; n'a jamais reçu de coup sérieux sur la tête, pas de chutes. Tout à fait tempéré et de mœurs régulières. Il y a deux ou trois ans, il a été pendant une certaine période très inquiet et énervé. A l'âge de 18 ans, il alla à la mer pendant un an; et à son retour il se lança dans l'industrie du bâtiment, mais non comme travailleur. Pendant les derniers dix-huit mois, il a conservé cette situation dans diverses maisons. Le travail demandait une grosse somme d'exercice physique et de fatigue cérébrale.

Il se rappelle distinctement que, quand il était enfant, il fut sujet à des attaques d'étourdissement qui avaient continué jusqu'à l'époque actuelle; et le phénomène associé qui sera décrit plus tard s'est développé, ou, ce qui est plus probable, a été plus soigneusement observé. En tout cas, le malade associe lui-même l'étourdissement avec sa condition présente. Les attaques étaient devenues plus régulières et plus intenses pendant les deux ou trois dernières années; on peut dire qu'elles ont atteint leur point culminant dans l'une d'elles qui survint dans les rues de Selby, il y a sept ou huit mois environ. Dans cette crise apparurent tous les symptômes subjectifs qui vont être décrits ici. Depuis cette attaque de Selby, le malade croit que sa mémoire l'a abandonné d'une façon considérable, au point de l'obliger à laisser son travail. Les attaques sont décrites par le patient de la façon suivante :

D'abord, il y a une demi-flexion des doigts des deux mains et un engourdissement du pied. Cette demi-flexion et cet engourdissement sont soulagés par l'application locale de froid; elles augmentent par le chaud. Alors, la langue semble engourdie et trop large dans la bouche; et coïncidant avec ce trouble dans la sensibilité de la langue, apparaît la perte de la parole; le malade sent qu'il sait exactement ce qu'il a besoin de dire, mais essayant de le dire, il remarque qu'il emploie cependant de mauvais mots; quoique l'articulation des mots

eux-mêmes soit parfaite. De même pour l'écriture : il saisit la plume avec l'espoir d'être capable de s'en servir, mais il s'aperçoit qu'à la place des mots désirés il fait sur le papier des séries de traits sans signification. Ensuite, sa vue devient trouble : il peut percevoir la lumière; mais tous les objets sont ternis ou seulement vus à moitié; et les lettres d'un livre semblent mal placées. Il existe une douleur en un point sensible de la tempe gauche qui précède fréquemment l'attaque du 12 au 16. Elle devient alors très mauvaise, et est souvent associée à une douleur plus légère en un point correspondant du côté droit. Pendant l'attaque entière, le malade est dans un état nauséux et essaie de vomir; car il a remarqué que quand il peut y parvenir, dans l'espace de quelques heures il y a une diminution rapide des symptômes; un sommeil profond arrive; et il se lève une ou deux heures après quelque peu languide et fatigué, mais d'autres fois tout à fait bien; mieux, en fait, que pendant les quelques heures qui précèdent immédiatement la crise. S'il ne vomit pas, les symptômes s'aggravent; les mains se ferment fortement, les orteils se retournent vers le bas, arrivent la dyspnée accompagnée d'une sensation d'évanouissement et d'oppression sur la poitrine; et pendant les huit ou dix heures qui précèdent la disparition de l'attaque, il subsiste quelques symptômes vertigineux puis un sommeil profond, comme dans le cas précédent. La conscience devient indistincte; mais elle n'est jamais complètement abolie, et elle est assez claire dans ses propres pensées, quoiqu'il ne puisse pas se rendre facilement compte de ce qui est dit autour de lui. Il lui reste même dans les plus sévères attaques un commandement suffisant pour l'empêcher de tomber, quoique le spasme de ses orteils et de ses jambes l'oblige à s'asseoir ou à s'étendre par terre. Quand le malade était enfant, les intervalles entre les attaques d'étourdissement variaient considérablement. Quelquefois il en aurait eu jusqu'à six ou sept dans la journée, et d'autres fois une ou deux par semaine. Pendant le temps qu'il passa en pension (entre 10 et 14 ans), il ne se rappelle pas avoir eu une seule attaque. Elles revenaient cependant quand il allait chez lui pour les vacances. Pendant les trente mois qui suivirent son départ pour la mer, le malade fut complètement à l'abri des attaques; et il a remarqué, en règle générale, que celles-ci sont plus fréquentes et plus sévères en dehors de son travail que lorsqu'il est

activement employé. Il est particulièrement sujet à la crise le jour, après avoir participé à un grand repas, spécialement si le repas comprend quelque chose « de grand prix ».

Le malade est un homme de santé florissante, d'aspect bien nourri. Il se donne comme étant très nerveux et de caractère vif, quoique pendant son séjour à l'hôpital il ait été particulièrement joyeux et obligeant. Il paraît se coucher de préférence sur le côté droit, quoique cette préférence soit sans raison définie. Il souffre un peu de palpitations et dit que, en se levant de la position immobile, il doit se mouvoir doucement, à cause d'une douleur aiguë qui, sans cela, le saisit au côté gauche, immédiatement au-dessous des côtes. La langue, humide, est couverte d'un épais enduit blanc. Aucun signe physique anormal décelant une maladie organique. Les sensations tactiles sur le corps et les membres paraissent parfaites, mais sur le front il paraît y avoir une plus grande sensibilité du côté gauche que du côté droit. Le point situé à un pouce au-dessus du conduit auditif externe et à un quart de pouce en avant est très sensible, de la dimension d'une demi-couronne. La douleur et la sensibilité de ce point est très augmentée pendant les attaques quoique extérieurement il n'y ait rien pour indiquer une différence avec la peau environnante. Un point analogue, de la dimension d'un pois peut être découvert sur le côté correspondant à droite à environ deux pouces et demi de l'orifice auriculaire, et à trois pouces de l'angle externe de l'orbite; quoiqu'il ne soit pas aussi sensible ni aussi douloureux que celui de gauche.

« Actuellement, le malade ne peut boire d'alcool sous quelque forme que ce soit sans éprouver un état d'excitation méchante; cependant, il n'en a pas toujours été de même. »

L'auteur ajoute, à cette observation, les remarques suivantes :

« Le cas illustre cette relation de la migraine avec les autres « tempêtes nerveuses » qui ont été si clairement montrées par le docteur Liveing. Il faut remarquer que K... attribue beaucoup de ses attaques, d'une part, à la nourriture « riche » et d'autre part, à « la tristesse et au surmenage ». A noter aussi la disparition de la maladie pendant les longs mois de vie maritime. Les très intéressantes connexions de ces symptômes avec les centres du docteur Ferrier pa-

raîtront claires à quiconque lira le cas avec la carte de ces centres devant les yeux. Le lecteur n'oubliera pas non plus combien communément la migraine est associée à l'aphasie. »

« Un homme, de 35 ans environ, me consulta il y a quelques années parce qu'il souffrait de migraines. La céphalée qui siégeait à gauche était associée, quand elle devenait plus intense, à une aphasie à peu près complète. En même temps, il y avait un affaiblissement transitoire de la main gauche et de l'avant-bras

On doit rappeler à cette occasion que, localisation à part, la fatigue générale du cerveau se manifestera probablement dans ses qualités les plus hautes et ses fonctions les plus complexes. La parole étant la plus haute fonction psychomotrice ressentira par conséquent d'abord la défaillance des fonctions générales du cerveau. La dextérité serait la seconde à en souffrir. Le professeur Tyndall cite l'exemple suivant : un alpiniste anglais, vers la fin d'une excursion pénible, verra le langage qu'il parle le plus mal disparaître de sa mémoire. Si c'est l'allemand, il pourra encore avoir quelques bribes de conversation en français; mais finalement cette langue le quittera bientôt à son tour et il sera réduit à sa langue maternelle. Cependant, quand une charge supplémentaire a accru la fatigue, il paraît probable que la migraine a un siège particulier ou un passage spécial dans le cerveau et n'est pas entièrement une névralgie superficielle, comme le montrent les mouvements convulsifs dans le cas de C. K., les phénomènes visuels et les symptômes spéciaux observés dans d'autres cas.

En définitive, malgré l'évidence marquée que la migraine est une névrose primitive, et quoique ses retours paraissent dus à des causes agissant directement sur le système nerveux, il est impossible de négliger le témoignage de certains malades qui attribuent parfois ses retours à une dyspepsie « bilieuse ». Bien plus, on ne doit pas oublier l'apparition de migraines dans les familles goutteuses, pas plus que ce fait curieux que ces migraines dans les familles goutteuses sont souvent, selon

toute apparence, purement névrotiques dans leur caractère. »

En 1886, Sarda consacre aux migraines sa thèse d'agrégation. Après avoir analysé le traité de Liveing et rapporté les opinions de Lasègue, l'auteur cite Axenfeld et Huchard qui ont écrit : « Nous pensons que les rapports entre la migraine et le mal caduc ne peuvent être encore admis, parce qu'ils n'ont pas été démontrés par un nombre suffisant d'observations. »

Sarda trouve, dans les différents auteurs, des cas très peu nombreux de migraines chez les épileptiques. « Tissot en cite un; Tardieu cite une observation douteuse; Sieveking en rapporte un cas; Miss Garrett place la migraine entre l'asthme et l'épilepsie, mais ne s'appuie pas sur des faits précis; Chaumier donne une seule observation de migraineux épileptiques; Liveing a rencontré l'épilepsie 9 fois sur 67 migraineux dont il relate l'histoire : 4 fois chez les parents des malades, 5 fois chez les malades eux-mêmes. C'est, on le voit, une proportion très forte, eu égard à la rareté des faits observés par les auteurs antérieurs à Liveing. Nous pensons pouvoir expliquer cette coïncidence, non par une fin de non-recevoir, mais par l'examen attentif des faits. Le plus souvent, les migraineux épileptiques étaient atteints de troubles visuels plus ou moins accusés : il s'agit donc de migraines ophtalmiques. Or, M. Charcot a remarqué que cette variété se rencontre quelquefois chez les épileptiques ou des malades qui accusent l'existence de l'épilepsie chez leurs parents. Féré rapporte deux observations à l'appui de cette thèse... Raullet a donné deux nouvelles observations de migraine ophtalmique chez des épileptiques. Robiolis a vu des accès d'épilepsie débiter par la migraine ophtalmique. Charcot a vu plusieurs fois l'épilepsie dans l'existence antérieure ou chez les ascendants des malades atteints de migraine ophtalmique. Nous pensons donc, avec M. Charcot, que la migraine ophtalmique n'est pas sans analogie avec l'épilepsie, qu'elle se rencontre quelquefois chez les familles où l'épilepsie existe, qu'enfin elle peut reconnaître pour cause, bien que rarement, cette grave névrose. Il en est de même de l'hystérie, comme l'ont montré Charcot et Galezowski. » Au sujet du

traitement, Sarda estime que de tous les moyens, le bromure de potassium est le moins infidèle. M. Charcot administre le bromure de potassium à hautes doses (3, 4 à 8 grammes par jour pendant des mois). Il associe parfois les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium. L'hydrothérapie a été très souvent employée avec avantage par Beni Barde. Dans sa thèse, Sarda rapporte une observation antérieure de Charcot qui illustre notre variété particulière.

OBSERVATION XVII. A. (Charcot *in* Sarda.)

Mademoiselle B..., 20 ans, grand-père et grand'mère migraineux et asthmatiques; la sœur a des attaques de nerfs. Accès de migraine depuis deux ans, revenant deux fois par semaine : apparition d'un scotome ayant la forme d'une tête humaine, quelquefois hémipie gauche, puis au bout de deux minutes, disparition et douleur sus-orbitaire gauche très vive. La santé est parfaite après un court sommeil. Dans quelques accès, la malade a senti des fourmillements dans le pied gauche. Lorsque l'attaque est violente, il y a perte de connaissance pendant deux minutes; la malade se raidit un peu; une fois, elle a uriné sous elle. Le plus souvent la malade a le temps de se préserver d'une chute. Avant la perte de connaissance, la tête tourne lentement à gauche. Malgré le traitement bromuré la malade a été prise aux approches de la période menstruelle d'un accès violent : scotome et fourmillements de durée plus longue, douleur sus-orbitaire plus vive, mouvement tournant de la tête et, immédiatement, perte de connaissance avec raideur musculaire et miction involontaire.

Les leçons du fondateur de la neurologie française ne devaient pas manquer d'éclairer la migraine qui nous occupe. « Dans d'autres cas de migraine, dite accompagnée, on voit s'ajouter d'autres troubles variés sur lesquels Piorry a le premier appelé l'attention. C'est par exemple un engourdissement de la main ou d'un côté de la langue, une aphasie ou un embarras de la parole temporaire, des attaques épileptifor-

mes, etc. ». Dans une autre leçon, Charcot rapporte l'observation suivante :

OBSERVATION XVIII. A. (Charcot.)

M. L..., depuis deux ans, est irritable, méticuleux; cependant, au mois de juillet dernier, il a pu passer avec succès un examen de droit devant la Faculté de Paris. Les premiers troubles qui ont surtout frappé l'attention remontent au mois de septembre 1881. Il a eu alors une première attaque, accès de migraine ophthalmique avec scotome scintillant, affaiblissement de la vue du côté droit, accompagnés d'embarras de la parole, de parésie et d'engourdissement du membre supérieur droit. Il est resté troublé pendant huit jours, puis tout est rentré dans l'ordre. Huit jours plus tard, il a eu alors une deuxième attaque, sans perte de connaissance avec embarras de la parole. L'intelligence reste obtuse pendant vingt-quatre heures; il paraît se remettre complètement en apparence; mais il est nerveux, irrité; il peut se remettre au travail cependant. Au mois de février 1882, il a une troisième attaque avec les mêmes symptômes de migraine; mais en outre, il a cette fois des secousses convulsives à caractère épileptiforme avec perte de connaissance. Cela a duré deux heures, ce qui semble indiquer qu'il y a eu une série d'attaques qui ont présenté cette particularité que les secousses prédominaient à droite. A la suite de cette attaque, l'embarras de la parole a persisté. Huit jours plus tard, il a eu une quatrième attaque avec parésie du bras droit, suivie le lendemain d'une parésie du membre inférieur droit. Pendant les cinq ou six jours qui ont suivi, il ne pouvait dire autre chose que « à cause que ». Le bras droit est resté paralysé pendant un mois. C'est surtout à partir de ce moment que le niveau intellectuel baisse; il est devenu très enfant; il est docile, mais très mobile, pleurant et riant avec une grande facilité. Il ne peut presque pas écrire lui-même, mais il copie cependant une page, d'une écriture tremblée. La mémoire est aussi affaiblie que le jugement et la volonté. Il éprouve de temps en temps le scotome scintillant. Vous le voyez s'avancer avec une démarche titubante; ses mains tremblent, sa langue tremble aussi; sa parole est à peu près inintelligible; sa physionomie est ca-

ractéristique; son regard est éteint, les paupières tombantes, etc. Sa pupille droite est plus dilatée que la gauche; elle n'agit que faiblement par l'excitation lumineuse, mieux par convergence.

A la même époque, dans le *British medical Journal*, Hughlings Jackson envisage la migraine comme un symptôme de vraie épilepsie, car elle se manifeste par paroxysmes et sert de détente au surplus d'énergie de telle ou telle autre partie de l'écorce du cerveau.

Une communication de P. Berbez, à la Société clinique de Paris, en novembre 1888, a pour titre : « Quelques réflexions à propos de dix cas de migraine accompagnée ». Elle commence ainsi : « S'il est une affection encore peu connue de la généralité des médecins, malgré sa fréquence, c'est à coup sûr cette singulière maladie sur laquelle les travaux de Liveing, Charcot, Féré, attirent l'attention et à laquelle M. Charcot a donné le nom de *migraine accompagnée*... Dans la majorité des cas, la migraine s'est montrée chez des névropathes héréditaires... Le facteur individuel, cause occasionnelle de l'accès, est la *fatigue oculaire*... La fréquence de ces accès ne nous a pas paru très grande. C'est d'ordinaire, tous les deux ou trois mois, quelques fois moins souvent, que l'accès éclate. La durée du phénomène est, quoique variable, assez petite. Rarement l'accès a duré plus de deux ou trois heures, Parfois l'accès, et c'est là l'exception, laisse un reliquat sous forme d'engourdissement, de faiblesse ou d'hémiplégie; parfois aussi la vue reste toujours délicate, les malades craignent d'employer les lunettes, trop longtemps du moins, et redoutent les marches au grand soleil, le miroitement des eaux, la lecture des caractères fins, etc... » Au sujet de la pathogénie, voici l'opinion de l'auteur : « La ressemblance avec les symptômes habituels des lésions cortico-méningées augmente encore quand il existe des auras analogues à celles de l'épilepsie jacksonienne. En pareil cas, et quand il s'ajoute des vertiges, on est fort en peine pour affirmer l'existence d'une migraine ophtalmique et repousser l'idée d'une lésion organique. La migraine accompagnée nous paraît constituer un syn-

drome de la plus grande importance; c'est une réunion de signes dus au mauvais fonctionnement d'une région particulière; la plupart du temps, résultats vraisemblables du spasme d'un territoire vasculaire déterminé. Mais il n'est pas contraire à la vraisemblance d'admettre que des lésions localisées aux régions habituellement atteintes par le spasme vasculaire, lésions consistant en pachyméningites par exemple, arrivent à réaliser le même complexus symptomatique... Nous ne ferons qu'attirer l'attention des lecteurs sur la parenté qui unit la migraine accompagnée à l'épilepsie. L'un de nos malades (obs. IX) a eu des mouvements épileptiformes; plus tard, dans le même côté du corps, il eut une hémiparésie, une hémianesthésie incomplète et, de plus, de l'aphasie avec amnésie verbale. Nous voyons en ce moment un malade qui a des crises d'épilepsie à type jacksonien et de temps à autre des crises de migraine accompagnée. » Les titres des observations de Berbez font bien comprendre combien l'auteur englobe de symptômes disparates sous le terme de migraine accompagnée.

Obs. I. — Migraine fruste accompagnée d'aphasie, de rétrécissement du champ visuel, d'hémiopie et d'engourdissement de la moitié supérieure du corps.

Obs. II. — Migraine accompagnée de vertiges, d'aphasie (cécité verbale, surdité verbale, agraphie) et de rétrécissement du champ visuel.

Obs. III. — Migraine accompagnée de scotome scintillant, d'engourdissement et d'hémiparésie droite.

Obs. IV. — Migraine accompagnée d'hémiopie, d'hémiparésie et d'hémianesthésie gauches avec un peu d'aphasie.

Obs. V. — Migraine sans céphalalgie, avec accompagnement d'amblyopie par plaques d'engourdissement du côté droit.

Obs. VI. — Migraine accompagnée d'hémiparésie et d'hémianesthésie gauches avec scotome scintillant.

Obs. VII. — Migraine accompagnée d'embarras de la parole et de troubles de la sensibilité dans la moitié droite du corps; amaurose de l'œil droit.

Obs. VIII. — Migraines dans l'enfance, syphilis, lésion loca-

lisée; aphasie (agraphie); engourdissement et faiblesse du membre supérieur droit.

Obs. IX. — Migraine fruste, sans vomissements, accompagnée d'aphasie, d'hémiopie avec accès épileptiformes chez un malade atteint d'une lésion cortico-méningée vraisemblablement spécifique.

Obs. X. — Migraine accompagnée d'engourdissement du membre supérieur droit et d'aphasie, chez un malade atteint de méningo-encéphalite.

Voici l'observation IX, qui est la seule se rapportant nettement à notre sujet.

OBSERVATION XIX. A. (Berbez.)

Ph..., 31 ans, avocat. Père alcoolique mort jeune; mère et grand'mère cancéreuses; sœur étrange, originale, ayant présenté de la danse de Saint-Guy quand elle était enfant. Le malade lui-même a toujours eu un caractère sombre et triste; il se défiait de lui-même, travaillait cependant fort bien, mais au lycée fuyait la société des jeunes gens de son âge. Accablement, découragement; idées de suicide. Une syphilis contractée vers 23 ou 24 ans vint l'achever. Il a des céphalées nocturnes qu'il attribue au poêle d'une pièce où il travaille, il ne veut se confier à personne et il se soigne mal.

Il devient violent, égoïste, sournois, haineux. Il remarque un jour qu'il a la parole embarrassée, il se plaint également de fourmillements et de faiblesse dans le côté droit du corps. Un jour sans rime ni raison, il commet un acte délictueux, on le mène au dépôt; il délire toute la nuit, on le camisole, et sa famille le retrouve seulement deux jours après sa disparition. On l'enferme dans une maison de santé où il reste plusieurs mois. Là, il est pris d'attaques épileptiformes. Les phénomènes d'irritation corticale cèdent bientôt à un traitement spécifique énergique. La raison revient et le malade est rendu à sa famille. Je suis alors chargé de le voir souvent et de le surveiller. Au bout de peu de semaines, il était repris de son délire et nous étions obligés de l'enfermer à nouveau. Dans l'intervalle, le malade raconte qu'après avoir lu pendant trois heures il a remarqué

que sa vue s'obscurcissait dans une moitié seulement du champ visuel, en même temps que sa parole s'embarrassait; voulant vaincre cet embarras, H... insiste et essaie de déclamer des vers... impossible, les mots viennent sans suite. Le pauvre garçon effrayé court dans la chambre de sa mère et veut lui dire : Je redeviens fou..., mais il ne peut y parvenir, s'exaspère, sanglote, et a une sorte d'attaque très légère dans laquelle il a tout le côté droit agité de secousses convulsives, en même temps que la face grimace. Appelé aussitôt, j'arrive à temps pour trouver mon malade bredouillant ses mots, pleurant, hémipique latéral de l'œil droit (peut-être des deux), ne sentant presque pas la piqûre du côté droit surtout à la jambe. En même temps, douleur assez vive dans les tempes et dans le fond des yeux, surtout à droite. J'institue le traitement spécifique. Frictions avec quatre grammes d'onguent napolitain; iodure de potassium, six grammes; massage. Au bout de quatre jours le malade était assez bien pour venir chez moi. Comme il avait un peu de salivation, j'ordonne le bromure à doses croissantes et je supprime le mercure. A quelques jours de là, M. Chareot voulait bien voir le malade en consultation avec moi; il instituait, à peu de choses près, le même traitement, auquel il ajoutait l'hydrothérapie et rassurait la famille sur l'issue probable de la maladie. En effet, après un accès mélancolique qui dura deux mois, notre malade revint à la santé; voilà près de dix mois qu'il est sorti de la maison de santé et rentré dans la vie commune. Il n'a eu aucun accident, si ce n'est des migraines à type vulgaire comme il les avait étant enfant.

Quelques mois après cette communication, P. Berbez publiait dans la *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* une revue générale sur « Les migraines ». On y trouve des réflexions intéressantes sur l'étiologie de la migraine accompagnée et une analyse soigneuse des troubles associés. « La migraine aggravée, dit-il, n'est pas une affection rare. Galezowski en a observé soixante-dix-neuf cas en quelques années. Living a pu, sans grand'peine, en réunir soixante-sept cas. En deux ans, nous avons pu, en ville, en trouver dix cas très accusés et cinq ou six autres moins intéressants. Les femmes

sont plus souvent atteintes que les hommes (Liveing, Ramberg, Labarraque, Calmeil, Glezowski). La migraine ohptalmique simple ou accompagnée paraît plus fréquente chez l'homme. C'est entre trente et soixante ans que la maladie est la plus fréquente... La vraie cause des accès de migraine accompagnée se trouve évidemment dans l'hérédité, mais il ne faut pas non plus négliger les causes accessoires. Règle générale (Liveing), plus le sujet est prédisposé, moins la cause accessoire a d'importance. Les désordres gastriques, la période cataméniale, la grossesse ont surtout de l'importance sur la production de la migraine simple. Le sommeil et la veille peuvent provoquer la migraine... Le passage du sommeil à la veille et de la veille au sommeil, dit Marchall Hall, est particulièrement apte à produire des troubles nerveux... Les impressions sensorielles paraissent avoir une grosse influence... Les influences météorologiques invoquées si souvent par les médecins anglais nous ont paru avoir peu d'importance... De tous les phénomènes capables d'accompagner le syndrome, le plus fréquent est certainement le trouble plus ou moins profond qui atteint la fonction du langage... Dans le domaine des lésions organiques, les symptômes les plus fréquemment rencontrés, avec l'aphasie, sont les phénomènes paralytiques et les troubles de la sensibilité générale qui se localisent le plus souvent au membre supérieur droit ou à tout le côté droit du corps. La migraine accompagnée ne déroge pas à cette règle. Le plus souvent, on constate un peu d'affaiblissement dans un membre, dans la face, dans les muscles, ou dans un groupe musculaire, ou dans une moitié du corps. Ces phénomènes peuvent survivre assez longtemps à l'attaque. Rarement il s'agit d'une paralysie complète, mais bien plutôt d'une parésie, d'une asthénie musculaire assez accusée... Parfois, cependant, il reste des hémiplégies véritables, ou bien des monoplégies... A côté de ces troubles par défaut de la puissance musculaire, nous croyons devoir placer les troubles par exagération de fonction. On a cité des tremblements, des palpitations musculaires, des réflexes exagérés : un de nos malades avait les réflexes exaltés dans toute la moitié

droite du corps et presque de la trépidation spinale; enfin, viennent les secousses convulsives et les vraies convulsions. Ici éclate la parenté de la migraine accompagnée et de l'épilepsie, tout au moins de l'épilepsie partielle. Qu'on en juge :

OBSERVATION XX. A. (Berbez.)

Un malade ayant une tante épileptique se sent pris de malaise, puis les doigts de la main droite lui paraissent morts, lourds, froids. Cette sensation d'engourdissement monte vers le coude, gagne l'épaule et le cou; la langue, que le malade sent à peine, devient pâteuse, lourde; les mots sont difficilement articulés. Dans la moitié droite des lèvres, démangeaisons, fourmillements, légères secousses, puis apparition de la douleur. Dans les fortes crises, la jambe se prend également; pendant deux ou trois heures, quelquefois plus longtemps, tout le côté est de plomb.

Voilà une sorte d'aura qui ressemble fort à l'aura épileptique.

Liveing, qui rapporte neuf cas semblables, remarque que, contrairement à ce qui se passe dans l'épilepsie, ces phénomènes sensitifs peuvent venir à n'importe quel moment de l'accès migraineux. Ces engourdissements, signalés par MM. Charcôt, Féré, Liveing et les autres, peuvent durer et être remplacés par une anesthésie plus ou moins permanente. Dans d'autres circonstances, il y a de véritables attaques épileptiformes. Liveing, Féré, Parinaud en rapportent... Les Anglais insistent beaucoup sur le vertige qui peut accompagner, suivre, précéder ou remplacer la migraine simple ou la migraine ophtalmique... La migraine ophtalmique s'accompagne fréquemment, chez les malades très prédisposés, de troubles psychiques des plus accusés, qui sont capables de donner le change. Les Anglais signalent des frayeurs éprouvées par des migraineux, et ils rapprochent ces frayeurs de ce qu'éprouvent parfois les malades atteints d'angine de poitrine. Ils signalent également l'analogie de ces accidents avec ces terreurs nocturnes, cauchemars et somnambulisme spontanés observés chez les épileptiques... Au

sujet des rapports de la migraine et de l'épilepsie, l'épilepsie paraît aux auteurs la névrose qui présente, avec la migraine, les connexions les plus étroites; en effet, tantôt on voit la migraine remplacer l'épilepsie et réciproquement, tantôt on constate la coexistence des deux affections. Parry dit : « Cette sorte de migraine n'est autre chose que le précurseur de l'épilepsie. J'ai vu des épilepsies accompagnant la migraine guérir puis reparaître avec elle. » Marshall Hall fait une observation analogue appuyée sur l'histoire clinique d'un jeune homme, qui eut des crises d'épilepsie unilatérale avec blessure de la langue, hémiplegie augmentant à chaque attaque en même temps que la crise de migraine. Les relations de la migraine avec l'épilepsie minor sont beaucoup plus accusées que celles qu'affecte la migraine avec la grande épilepsie. En effet, les deux manifestations névrosiques sont l'une et l'autre caractérisées par des troubles sensoriels de nature plus ou moins vertigineuse. On peut encore signaler la parenté de la migraine avec une affection qui n'est peut-être que de l'épilepsie à un faible degré; nous voulons parler des lypothymies spéciales telles que les a décrites Prichard... Pour ce qui est du pronostic, dit en terminant Berbez, nous croyons avec MM. Charcot et Féré que ce trouble fonctionnel, cette crampe vasculaire, a une fatale tendance à se reproduire, qu'une gêne aussi grande apportée à la circulation sanguine ne peut que favoriser la formation de thrombus, partant, l'anémie définitive et la nécrobiose obligée du territoire qui cesse d'être irrigué. C'est contre cette terrible éventualité que M. Charcot a cherché à lutter en s'attaquant directement au spasme, cause de tout le mal, et en instituant sans tarder le traitement bromuré à doses croissantes usité dans l'épilepsie. »

Féré, qui avait apporté tant de faits intéressants sur la migraine accompagnée d'épilepsie, dans son ouvrage de 1881, publie en 1890 un livre remarquable sur « Les épilepsies et les épileptiques ». On y trouve des observations nouvelles et une opinion plus ferme sur cette forme particulière de migraine. « Les troubles nerveux que l'on rencontre le plus fré-

quemment dans la migraine ophtalmique accompagnée sont des troubles de la parole ou des troubles sensitifs ou moteurs de la face, des membres; ces troubles se manifestent généralement en même temps que le scotome et l'hémiopie, ou les suivent de près. Cependant, ils peuvent apparaître séparément sous forme paroxystique comme la migraine. Certains individus sont sujets à des aphasies transitoires sans migraine et à des accès de migraine ophtalmique... Parmi les phénomènes qui accompagnent fréquemment la migraine ophtalmique, il faut citer l'épilepsie et, en particulier, l'épilepsie partielle. La migraine ophtalmique peut se présenter chez des sujets qui ont eu autrefois de l'épilepsie partielle et auxquels il reste des troubles moteurs et sensitifs localisés. » Considérant la façon dont sont associées la migraine et l'épilepsie, Féré divise les divers cas en plusieurs groupes, suivant le moment d'apparition des accès. L'épilepsie partielle peut être antérieure à la migraine. D'autres fois on voit la migraine précéder l'apparition de l'épilepsie. D'autres fois encore, les deux syndromes apparaissent en même temps. Dans quelques cas, la migraine ophtalmique s'atténue après l'apparition de l'épilepsie partielle. Parfois l'épilepsie partielle, née en même temps que la migraine ophtalmique, disparaît avant celle-ci. Enfin, il est des cas où la migraine ophtalmique paraît se combiner avec l'épilepsie vulgaire.

OBSERVATION XXI. A. (Féré)

Mouh..., 50 ans, graveur sur pierre. Vers l'âge de deux ans, il aurait été mis en garde, et, quand on l'a repris un an plus tard, la colonne vertébrale présentait déjà une cythose très marquée. Pas de trace de rachitisme sur les os des membres, la tête est bien conformationnée. Quoiqu'un peu faible, il a toujours joui d'une assez bonne santé et n'a jamais fait de grandes maladies. Il a toujours eu la tête un peu faible et n'a jamais pu bien faire ses affaires.

Depuis sa jeunesse, il a des accès de migraine. C'est seulement en 1871 qu'est apparue l'épilepsie partielle et, dès lors, les accès de migraine se sont beaucoup atténués.

Autrefois, les accès de migraine revenaient à peu près tous les mois et étaient facilement provoqués par les excès de tous genres ou par les changements dans son genre de vie; ils duraient de douze à vingt-quatre heures.

Cette migraine était caractérisée par une douleur au niveau de la région pariétale gauche avec sensation de pesanteur et de chaleur, la pâleur du visage, un scotome scintillant figurant une fortification lumineuse et occupant la partie gauche du champ visuel; puis survenaient des nausées qui n'étaient pas suivies de vomissements. A la fin de l'accès, le malade éprouvait du côté droit du corps des fourmillements et comme une sensation de froid. Ces fourmillements commençaient par le côté droit de la face, remontaient vers l'oreille droite, puis gagnaient le membre supérieur droit et finalement l'extrémité des doigts. Ces sensations de fourmillement ne se produisaient que dans les attaques un peu fortes et étaient le prélude de la fin de l'attaque.

C'est en 1871 qu'il eut son premier accès d'épilepsie partielle avec chute et perte de connaissance. Ces accès n'ont pas cessé de se reproduire depuis. Au début, ils revenaient tous les huit jours; puis, à la suite d'un traitement par le bromure de potassium, il y a quatre ans, il est resté pendant une année sans avoir d'attaques; enfin les attaques sont revenues et elles se reproduisent maintenant à peu près périodiquement tous les huit ou quinze jours, ordinairement la nuit après minuit. Ces attaques se caractérisent ainsi : Le malade sent un *frémissement* au bout des doigts de la main droite (du même côté qui était le siège de l'engourdissement à la suite de l'accès de migraine); ce frémissement est pour lui un avertissement; il se lève pour mieux résister à l'attaque et il a toujours le temps de le faire. Presque aussitôt après, les doigts de la main droite se contracturent en flexion. Tout peut se borner là, le malade agite volontairement son membre pour faire cesser sa crampe et tout s'arrête. D'autres fois, les choses vont plus loin; le membre supérieur tout entier est pris de tremblement, puis la tête s'incline spasmodiquement vers l'épaule droite et la bouche se dévierait à gauche. Enfin, dans un certain nombre de cas, il y a perte de connaissance, généralisation des convulsions à la face et aux membres, morsure de la langue; ces attaques

avec perte de connaissance sont plus fréquentes que les autres; il n'a jamais uriné au lit, ni dans ses vêtements. Après les attaques, il est triste, pleure, a des idées de suicide. Quelquefois, le même scotome qui accompagne la migraine annonce l'attaque.

Quand il se présente à la consultation pour la première fois, le 10 avril 1880, on ne trouve pas de trace de paralysie dans les membres; la force dynamométrique est égale dans les deux mains. Les réflexes tendineux sont normaux.

Le malade est hémorroïdaire, ordinairement constipé, et une purgation même légère amène une crise épileptiforme. Traitement : élixir d'Yvon, quatre cuillerées à café par jour la première semaine, cinq la seconde, six la troisième, sept la quatrième.

Le 6 mai le malade revient; il n'a eu qu'une seule attaque d'épilepsie avec perte de connaissance, pas de migraine. Traitement : élixir polybromuré à prendre de la même manière, 5, 6, 7, 8 cuillerées.

4 juin. Le malade n'a plus eu de crises; il a eu seulement dans l'œil gauche « des rayons comme une auréole ». Ces sensations lumineuses lui apparaissent beaucoup plus nettes depuis la disparition des accès d'épilepsie. Traitement : reprendre l'élixir aux doses successives de 5, 6, 7, 8 cuillerées.

3 juillet. Il y a trois semaines, il a eu un accès d'épilepsie sans perte de connaissance; la face s'est convulsée et tournée à droite, le membre supérieur droit a été agité de convulsions spasmodiques et le pied s'est maintenu en varus équin. En dehors de cela, le malade a eu plusieurs fois des fourmillements dans les deux derniers doigts de la main droite qui duraient quelques minutes. Traitement : élixir, 6, 7, 8, 9 cuillerées.

7 août. Il n'a pas eu d'accès d'épilepsie depuis le 13 juin; mais il a eu un accès de migraine avec scotome. Traitement : élixir, 5, 6, 7, 8 cuillerées.

7 septembre. A eu un seul accès d'épilepsie depuis un mois. Plusieurs fois, sans maux de tête, il a eu son scotome à droite.

30 octobre. Il n'a pas eu de grandes attaques, seulement quelques secousses dans le membre supérieur droit. Il a eu plusieurs fois des accès de scotome isolé. Traitement : élixir, 5, 6, 7, 8, 9 cuillerées.

3 février 1881. Les attaques ne se sont pas reproduites plus fré-

quement, mais elles paraissent avoir changé un peu de caractère. Elles débutent par un engourdissement avec crispation de la main et non par un frémissement comme autrefois. Même dans les grandes attaques, qui sont devenues très rares, il a toujours le temps de choisir sa place avant que les convulsions générales se produisent. Ordinairement l'attaque consiste seulement en un engourdissement sans frémissement de la main, ou la convulsion se localise sans perte de connaissance. La migraine reste considérablement atténuée. Traitement : supprimer l'élixir d'Yvon; prendre avant chaque repas, tous les jours, deux pilules avec : extrait de valériane, vingt-cinq centigrammes, et oxyde de zinc, cinq centigrammes.

12 février. Depuis qu'il a supprimé le polybromure, les attaques d'épilepsie se sont reproduites deux fois par semaine. Traitement : élixir, 5 à 6 cuillerées.

9 mars. Les attaques n'ont pas reparu, mais il a eu quelques engourdissements dans la main droite, de temps en temps et isolément des scintillements, des paillettes lumineuses du côté gauche, avec vue trouble.

8 mai. Il était tranquille depuis un mois; hier il a eu un brouillard du côté gauche et il eu deux attaques d'épilepsie depuis. Traitement : 5 cuillerées d'élixir par jour et une pilule avec trois centigrammes d'extrait de belladone.

OBSERVATION XXII. A. (Féré)

M^{me} F..., âgée de 54 ans, se présente pour la première fois à ma consultation de la Salpêtrerie, le 14 décembre 1884. Elle ne donne que des renseignements très incomplets sur sa famille qu'elle connaît peu, ayant quitté son pays très jeune. Elle-même prétend n'avoir jamais eu de maladie, sauf une attaque de danse de Saint-Guy qui lui serait survenue à l'époque de la puberté et qui aurait prédominé au côté droit. Elle exerce la double profession de charbonnière et marchande de vins. Elle avoue quelques excès de boissons, mais cependant elle ne présente aucun signe physique d'alcoolisme et elle a eu huit enfants qui sont tous vivants et se portent bien; les deux derniers ont cependant eu des convulsions à l'époque de leur première éruption dentaire.

Le 10 avril précédent, étant à écrire une lettre, elle sentit tout à coup une douleur violente au-dessus de l'orbite du côté droit et, en même temps, elle vit suivant son expression « trente-six chandelles » du même côté. L'apparition du phénomène avait été tellement brusque qu'elle crut avoir reçu une pierre et qu'elle se précipita vers la porte pour objurguer l'agresseur. Elle ne trouva que son mari sur le trottoir, quand elle voulut lui expliquer ce qu'elle sentait, sa langue ne pouvait plus tourner et elle ne put émettre que des sons inintelligibles. Elle s'aperçut du reste alors, qu'elle ne voyait que la moitié de son mari, c'était le côté gauche qui manquait, le côté qui correspondait à sa douleur. Elle se crut folle et se mit à pousser des cris. On se précipita à son secours et pendant qu'on l'entourait elle sentit son pouce droit qui se fléchissait violemment dans la paume de la main, ses autres doigts se fléchissaient avec une sensation extrêmement pénible dans l'avant-bras; tout le membre supérieur se lève en trépidant dans l'axe transversal du tronc, jusqu'à la hauteur de l'épaule; c'est alors seulement que sa face se tourne du même côté pendant que la bouche est vivement secouée et attirée vers la droite, par saccades. Au bout d'une minute environ, le membre retomba inerte et engourdi et les traits reprirent leur direction naturelle. Les chandelles avaient disparu, mais l'hémianopsie persistait avec la douleur de tête et l'impossibilité d'articuler.

Au bout d'un quart d'heure, la douleur de tête commença à se dissiper, mais elle fut prise de nausées bientôt suivies de vomissements. Cinq minutes plus tard, douleur, hémianopsie, embarras de la parole avaient graduellement disparu.

Depuis cette époque, M^{me} F... a eu cinq fois son « coup de marteau », comme dit son mari : la dernière attaque s'était produite la veille de la visite à la Salpêtrerie. Ces cinq attaques se sont produites exactement avec les mêmes caractères que la première. La malade a pu mieux constater la forme des spectres lumineux; elle reconnaît parfaitement la forme de fortification qu'on lui présente; et elle indique très bien que la sensation commence par une boule pleine qui s'élargit avec une très grande rapidité, s'ouvre du côté du nez, en même temps que le centre s'obscurcit. Dans les dernières attaques, elle s'est rendue compte que la langue s'engourdit peu après que le

bras commence à se lever. La connaissance reste toujours intacte.

A partir du 15 décembre, la malade a pris chaque jour 4 grammes de bromure de potassium, les accès se sont transformés par la suppression graduelle des éléments surajoutés à la migraine. La convulsion n'a plus reparu. Dans deux accès survenus à six semaines d'intervalle, l'engourdissement de la langue et l'aphasie se sont reproduits; mais depuis, la migraine reste réduite à la douleur avec scotome scintillant, hémianopsie, vomissements.

OBSERVATION XXIII. A. (Féré)

M. T..., pharmacien, 43 ans. Son père fut atteint de paralysie générale, il a été aphasique, et il est mort d'une congestion cérébrale un an après le début de la maladie. Sa mère est morte aliénée après six mois de maladie (alternatives de délire hypocondriaque et de délire maniaque, hallucinations de la vue et de l'ouïe). Sa sœur est atteinte de folie raisonnante. Rien chez les collatéraux et les ascendants plus éloignés : le grand-père maternel seul était goutteux.

C'est à l'âge de huit ans et demi que le malade a éprouvé, pour la première fois, des accidents nerveux. Il eut alors une perte de connaissance qui dura plusieurs heures et avait été précédée de sensations lumineuses dans l'œil droit. A l'âge de 10 à 14 ans, il eut encore d'autres pertes plus ou moins complètes de connaissance, toujours précédées de sensations lumineuses en forme de roue lumineuse qui s'avance. Il a eu alors des accidents convulsifs dont M. Cornil a été témoin au collège. De 14 à 15 ans, le malade s'est réveillé plusieurs fois en sursaut en voyant un globe de feu. Depuis cet âge, jusqu'à 30 ans, les mêmes accidents se seraient présentés à peu près une fois par an et caractérisés par des attaques constituées par l'apparition d'un scotome étincelant à droite, puis sensation de déchirement de la tête du côté droit, perte passagère de la vue du même côté; il y a eu perte de connaissance dans un certain nombre d'accès.

A l'âge de 30 ans, en dehors de tout accès de migraine, le malade ressentit un jour un fourmillement dans les cinq doigts de la main droite, montant progressivement, gagnant la lèvre supérieure du

côté droit, la moitié correspondante de la langue, avec difficulté de la parole. Ces accidents se sont produits à la suite d'une peur.

L'image lumineuse que le malade perçoit dans ces accès n'est pas toujours la même. C'est quelquefois, mais rarement, un globe de feu sphérique; c'est le plus souvent un zigzag se rapprochant de la forme d'une portion de roue irrégulièrement dentée; d'autres fois encore, c'est un zigzag à direction générale, plus rectiligne, comme un éclair. L'image est le plus souvent blanche comme un trait de feu; d'autres fois, elle revêt les couleurs de l'arc-en-ciel. Quelquefois, il n'y a pas d'image lumineuse mais seulement hémiopie. Cette sensation lumineuse ou cette hémiopie ont une durée variable de quelques minutes à plusieurs heures. Elle est toujours précédée de douleur de tête et d'obnubilation de la vue; elle est toujours suivie de nausées et de vomissements. Elle est parfois suivie de perte de connaissance. A cet égard, M. Burbureaux pense que les accidents peuvent être divisés en deux séries : les accès de migraine ophtalmique, éprouvés par M. T..., jusqu'en 1873, ont toujours été suivis de perte de connaissance, sauf l'accès de 1865; depuis 1873, ils sont seulement suivis de vertige, avec état de vague intellectuel très passager : une seule crise (1876) a été suivie de perte de connaissance.

Ce malade a perdu connaissance à la suite de la migraine, mais il n'a jamais perdu connaissance sans migraine. La femme du malade affirme que, dans les accès de migraine avec perte de connaissance, sa face devient pâle; il se contracterait, se débattrait du côté droit et se mordrait la langue. Quand il y a perte de connaissance, elle dure une demi-heure en moyenne, et elle s'accompagne toujours du ronflement pendant toute sa durée.

C'est toujours la nuit, ou de grand matin, que les accidents se produisent : le malade se réveille brusquement comme d'un cauchemar, éprouve un mal de tête, puis des troubles visuels, puis soit une perte de connaissance, soit un vertige, enfin des nausées et des vomissements et, pendant quelques heures ensuite, un léger malaise général et une frayeur intense (panopobie momentanée).

A l'âge de 36 ans, il fut pris de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont peu intenses; mais il s'y ajoute des phénomènes spasmodiques, des mouvements d'extension brus-

ques. Perte du réflexe rotulien des deux côtés. Zone d'hyperesthésie (anesthésie douloureuse, dysesthésie) à la cuisse droite avec réflexe cutané, quand on frappe cette partie de la cuisse (réflexe retardé); faiblesse du sphincter anal. Depuis le début des phénomènes tabétiques, la migraine paraît avoir été moins fréquente. Le 20 avril 1880, M. le docteur Keller écrivait : « M. T... a eu, au mois d'octobre dernier, une attaque de sa migraine anormale; il avait passé quatre ans sans en avoir. (*Description de cette dernière attaque.*) Sensation violente dans la jambe gauche, comme si un boulet de canon la lui emportait, suivie de chute sur le sol, mais sans perte de connaissance, puis engourdissement dans le pouce et la lèvre gauches. Au bout d'un quart d'heure, obscurcissement de la vision centrale, obligation de se mettre au lit et passage pendant environ dix minutes d'impressions lumineuses en tous sens devant l'œil gauche. En même temps, hémiopie tantôt dans le sens vertical, tantôt dans le sens horizontal. Au bout d'un quart d'heure, besoin de dormir jusqu'au lendemain matin, où le malade se réveille très dispos. Dans les crises précédentes, tous ces phénomènes s'étaient passés à droite. »

Le 2 janvier 1881, il y eut un nouvel accès, que M. le docteur Burbureaux décrit à peu près dans les mêmes termes; les phénomènes se sont passés aussi du côté gauche, mais il y a eu seulement obnubilation de la vue de l'œil gauche sans hémiopie. Le malade a conservé jusqu'à présent l'intégrité absolue de son intelligence (1881, note de M. Charcot).

En fermant le livre de Féré, il est bon de se souvenir du passage où l'auteur a dit : « D'autres troubles que la migraine ophtalmique peuvent se combiner avec l'épilepsie partielle. Tous les troubles sensitifs, sensoriels ou psychiques, qui peuvent faire partie de l'aura sont capables de se produire à l'état d'isolement, tantôt sous l'influence d'une manœuvre qui suspend l'attaque, comme la constriction du membre ou toute autre excitation périphérique, tantôt spontanément. C'est ainsi que les épileptiques sont quelquefois sujets à des attaques d'engourdissement, de fourmillement, à des secousses, à des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, quelquefois localisées d'un seul côté. D'autre fois ce sont des troubles psychiques qui apparaissent brusquement sous forme d'accès d'excitation, d'im-

pulsions qui établissent un lien de plus entre l'épilepsie partielle et l'épilepsie dite idiopathique. De même que certains migraineux ont des attaques de paralysie transitoire portant soit sur les membres, soit sur la face, soit sur la langue, en dehors des accès douloureux, de même des épileptiques à crises partielles sont susceptibles de présenter de même ces paralysies paroxystiques. »

A. Antonelli communique la même année ses observations dans une étude minutieuse sur « l'amblyopie transitoire ». Etudiant les rapports de l'amblyopie transitoire avec différentes maladies nerveuses, il cite parmi celles-ci : l'aphasie ou mieux dysphasie, les troubles de la sensibilité, les troubles moteurs, les syndromes épileptiformes. Deux longs paragraphes sont consacrés aux rapports entre l'amblyopie transitoire et l'épilepsie, l'épilepsie partielle.

OBSERVATION XXIV. A. (Antonelli.)

M. Mouch..., 50 ans, consultation externe de la Salpêtrière, février 1880. Accès de migraine ophtalmique depuis sa jeunesse jusqu'en 1871, époque à laquelle l'épilepsie partielle apparut : les accès de migraine revenaient assez fréquemment (à peu près tous les mois), étaient facilement provoqués par des excès de différente nature ou par des changements d'habitude et duraient de douze à vingt-quatre heures. Ils étaient caractérisés par la douleur au niveau de la région pariétale gauche, avec sensation de poids et de chaleur, par la pâleur du visage, par une hémioptie transitoire gauche, par le scintillement caractéristique à l'œil gauche, suivi de nausées sans vomissements. A la fin de l'accès, le malade raconte avec une grande précision qu'il éprouvait dans le côté droit du corps (la face et le bras) des fourmillements et comme une sensation de froid. Ils ne se produisaient que dans les crises un peu fortes et annonçaient, pour le malade, la fin de l'attaque. En 1871, première attaque d'épilepsie complète (chute avec perte de connaissance); depuis ce temps, les accès ont persisté. Au début, ils revenaient tous les huit jours; puis, à la

suite d'un traitement, le malade est resté (il y a à peu près quatre ans de cela), pendant une année, sans avoir d'attaques; puis les attaques sont revenues et elles apparaissent maintenant tous les huit jours. Il sent un frémissement au bout des doigts de la main gauche, et comme il sait que c'est le signe précurseur de l'accès, il se lève pour mieux y résister et en a toujours le temps. Presque aussitôt après, les doigts de la main se contractent en flexion. Tout peut se borner à cela (épilepsie partielle motrice), le malade remue volontairement son membre et les choses en restent là. Mais d'autres fois le membre supérieur tout entier est pris de tremblement, puis la tête s'incline spasmodiquement vers l'épaule droite, la bouche est déviée à droite, il s'ensuit parfois la perte de connaissance, la convulsion des yeux, la généralisation des mouvements convulsifs, la morsure de la langue. Les attaques avec perte de connaissance sont plus fréquentes que les autres. Après les attaques, mélancolie, pleurs, idées de suicide. Le malade ne saurait pas préciser, en ce qui concerne le scotome au début des attaques d'épilepsie partielle; il se rappelle bien des crises d'amblyopie transitoire dans l'intervalle de ses attaques, et il ajoute que parfois le scotome a été pour lui l'annonce d'une attaque.

Du mois de février au 6 mai 1880, à la suite du traitement subi, le malade n'a eu qu'une seule attaque épileptique avec perte de connaissance et pas de migraine. Les migraines ont beaucoup diminué depuis l'apparition de ces accès d'épilepsie partielle. Le 4 juin, le malade confirme que les véritables crises de migraine ophtalmique ne sont pas revenues, il lui semble seulement avoir un léger brouillard, presque en auréole, devant son œil gauche. Pendant un an, les attaques épileptiques complètes ont été très rares, les accès d'épilepsie partielle un peu plus fréquents et, dans les intervalles, les crises de migraine ophtalmique se sont présentées avec leur ancien caractère.

OBSERVATION XXV. A. (Antonelli.)

M. Gér..., 23 ans, consultation externe de la Salpêtrière, 6 avril 1886. En 1878, premières attaques d'épilepsie partielle qui se renou-

velaient trois ou quatre fois par jour. Entrée à l'hôpital Tenon, après un traitement de cinq mois et demi, amélioration jusqu'à la guérison presque complète. Il y a peu de temps, la maladie a reparu subitement. Deux sortes d'attaques : dans les plus légères, il n'y a pas de perte de connaissance; dans les plus fortes, survenant pour la plupart pendant la nuit, il perd connaissance; les attaques ne sont pas précédées de céphalée et commencent toujours par la jambe droite qui se fléchit sur la cuisse, peu d'instant après le bras droit s'étend et les doigts se raidissent, restant immobiles et écartés les uns des autres. On a dit au malade que pendant quelques-unes des crises avec perte de connaissance, il tordait la bouche à droite. Parfois il est tombé, se blessant à la figure; d'autres fois encore, il a uriné involontairement et s'est mordu la langue. La durée de ces crises est d'une minute environ; une minute après le regard reste fixe et le malade dit qu'à ce moment il comprend parfaitement ce qu'on lui dit, mais qu'il ne pourrait pas répondre. Pendant cet espace de temps, la jambe droite est comme paralysée, puisqu'il ne peut la remuer, tandis que le bras droit recouvre immédiatement sa motilité normale. A la suite des attaques, il ressent pendant plusieurs heures encore une céphalée violente. Il dit aussi qu'il a des visions de lumières très vives ou de points et de lignes très brillants; quelquefois pendant cette migraine, d'autres fois sans aucun rapport avec la crise épileptique.

OBSERVATION XXVI. A. (Antonelli.)

M^{lle} Br..., 48 ans. Consultation externe de la Salpêtrière, 4 janvier 1881. Rien durant l'enfance. Première attaque d'épilepsie partielle à la seconde époque de ses règles. La malade levait son bras tout droit, la tête était tournée à droite, pas de cris, pas de perte de connaissance, pas de chute. Dans ces derniers temps, les attaques sont devenues plus fréquentes (parfois tous les deux ou trois jours) et plus complètes; aura motrice, c'est-à-dire quelques mouvements automatiques, comme pour rajuster ses vêtements, etc., puis, convulsions, chute sur le côté droit, perte de connaissance, morsure de la langue, quelquefois miction involontaire, sensations particulières au creux épigastrique, comme chez les gens à petit mal. Après les attaques,

lorsqu'elle se levait, embarras de la parole. Les accès épileptiques sont souvent accompagnés de céphalalgie bilatérale. Quelquefois, la migraine est suivie de la vision de flammes fugitives ou de cercles de feu devant les deux yeux.

OBSERVATION XXVII. A. (Antonelli.)

M^{me} Berm..., 20 ans. Consultation externe de la Salpêtrière, 11 janvier 1886. Grand-père et grand'mère maternels, mère et un oncle maternel migraineux; une tante paternelle hystérique. Il y a deux ans commencèrent de fortes migraines, dont la malade diminua beaucoup l'intensité grâce aux bromures; ayant cessé ce traitement pendant quelque temps, les accès sont revenus depuis deux mois avec leur intensité première. Les attaques surviennent à peu près deux fois par semaine et semblent être plus fortes lorsqu'elles précèdent de quelques jours les règles. Devant l'œil gauche, se place comme l'ombre d'une tête (scotome presque circulaire) qui peu de temps après devient lumineuse, irisée ou verte, jaune et bleue; ensuite cette ombre grandit un peu, semble tourner et, tout en tournant, s'évanouit. En même temps, la malade ne peut distinguer quelquefois les objets que d'un seul côté, à droite. Le scotome, ayant duré à peu près deux minutes, est suivi d'une douleur que la malade place à la partie frontale sus-orbitaire gauche. Jamais de véritable migraine, ni douleur du côté droit. La névralgie sus-orbitaire dure quelquefois à peine cinq minutes, d'autres fois une heure, et oblige alors la malade à se mettre au lit pour prendre un court sommeil qui lui rend le bien-être. Parfois, des fourmillements dans le pied gauche succèdent à l'attaque (épilepsie partielle sensitive), mais pas pendant toute sa durée. Rien ne l'avertit de l'accès qui va la saisir; ni malaise général, ni inappétence, ni nausées. Quand les accès sont très forts, c'est-à-dire lorsque le scotome dure plus longtemps et que la névralgie est plus intense, elle perd quelquefois connaissance. Pendant cette perte de connaissance, qui ne dure pas plus d'une ou deux minutes, la mère de la malade dit que cette dernière se raidit un peu sans avoir de véritables convulsions dans les membres, ni déviation de la bouche, ni écume aux lèvres; une seule fois, il y a deux mois, elle

aurait uriné involontairement pendant la crise. Avant la perte de connaissance, elle a le temps de se mettre à l'abri d'une chute; quelquefois, la tête se serait tournée lentement à gauche, elle se serait mordue la langue. Quand elle revient à elle, il subsiste encore quelques troubles dans la vue, mais tout disparaît bientôt et elle est tout à fait bien, comme d'ordinaire.

Antonelli fait remarquer que souvent les accès d'épilepsie partielle sont accompagnés d'amblyopie transitoire; soit à forme de scotome scintillant, soit de véritable migraine ophtalmique ou de simple obscurcissement partiel (hémiopie, ou autre, du champ visuel). Il est plus facile aujourd'hui, à cause de ces rapports, de rechercher l'épilepsie sensitive, pour en compléter l'étude, comme espèce pathologique distincte, chez les malades de migraine ophtalmique; cette dernière constituant un syndrome bien évident, et pour lequel les sujets viennent bien plus souvent à la consultation.

Au sujet du pronostic, l'auteur écrit enfin : « Il s'agit de dépister, à son début, l'existence d'une maladie grave, dans les cas où, ni la syphilis (qui peut produire l'épilepsie partielle), ni l'âge du malade (l'épilepsie essentielle ne commençant pas habituellement chez les adultes), ni les attaques d'une épilepsie bien complète (avec laquelle l'épilepsie partielle peut se combiner), ne nous rendraient compte des attaques d'épilepsie sensitivo-sensorielle accompagnée de légers troubles moteurs et plus souvent encore d'amblyopie transitoire. Dans ces cas donc l'amblyopie transitoire ou migraine ophtalmique aurait une signification bien différente de celle d'une simple et pure névrose, et le pronostic devrait être au moins bien plus réservé qu'à l'ordinaire. »

Une longue suite de travaux étudient les troubles psychiques de la migraine. Les auteurs allemands commencent avec Zacher et Krafft-Ebing. Voici leurs observations :

OBSERVATION XXVIII. A. (Zacher *in* Cornu.)

Le malade, âgé de 17 ans, provient d'une famille accablée de maladies nerveuses. Il était très nerveux depuis son enfance et souffrait

de migraine ophtalmique. A 14 ans, il eut un accès épileptique qui se répéta encore une fois. A 15 ans, il eut l'influenza et, depuis, des crises mentales étranges suivaient certains accès de migraine : trouble complet de conscience et tendance à l'excitation et à la destruction. Cet état durait quelques heures et passait au sommeil : en se réveillant, le malade ne se rappelait rien.

-OBSERVATION XXIX. A. (Krafft-Ebing in Cornu.)

Jeune homme de 18 ans; rachitique, convulsions dans l'enfance, souffre de migraine ophtalmique avec scotome. Mère et grand'mère migraineuses. Subitement, un soir, sa migraine durant depuis le matin se transforme; il voit une nuée d'esprits et erre toute la nuit à travers les rues. Le lendemain, il demande protection à un policier contre ses persécuteurs. Il est amené à la clinique mentale, il a oublié jusqu'à son nom, ne reconnaît pas les pièces de monnaie, etc. Apathique et silencieux, il ne tressaille que quand il entend ses persécuteurs. L'état reste le même pendant quatre jours et prend alors subitement fin. Il se souvient vaguement des faits précédents « comme d'un songe ». Depuis un an, accès sans troubles mentaux.

Avant le travail de Mingazzini, qui apporte une sérieuse contribution à l'étude des troubles psychiques accompagnant la migraine, on trouve l'article de Wood et celui du traité de Grasset et Rauzier qui traitent plus spécialement de la migraine épileptique. Voici la traduction de l'article du médecin américain. Il commence par une observation :

OBSERVATION XXX. A. (Wood.)

En juin 1890, je vis un monsieur de Chicago chez lequel, à intervalles irréguliers, sans flammèches lumineuses ni autre phénomène oculaire, une cécité hémioptique se développait si brusquement, qu'à plusieurs occasions il avait avancé la main pour saisir un objet, mais avant de l'avoir atteint il l'avait perdu de vue. Cette aura était

habituellement suivie d'une douleur atroce sus-orbitaire et temporale, se terminant souvent par un engourdissement très prononcé d'un côté de la face, atteignant la langue et s'étendant dans le bras. Bien plus, dans quelques-uns des plus violents paroxysmes, il avait eu une aphasie très prononcée mais non compliquée.

« Le parallélisme entre la migraine et l'épilepsie, écrit Wood, est vraiment si complet qu'il semble d'abord difficile d'échapper à la conviction que nous avons affaire à deux troubles étroitement reliés. Nous sommes renforcés dans notre conclusion par des cas tels que celui de cet homme, et chez lequel les symptômes semblent mi-épileptiques et mi-migraineux. Pour montrer toutefois la rareté de ces cas, je peux dire que dans une expérience qui comprend certainement des centaines de cas d'épilepsie et de très nombreux cas de migraine, j'ai vu seulement deux cas, outre celui-ci, dans lesquels il n'y avait aucune raison de suspecter la co-existence des deux troubles. Dans un cas, il y avait des paroxysmes de migraine et d'épilepsie à la fois, une forme me paraissant remplacer l'autre. Malheureusement je ne puis mettre la main sur les notes prises sur ce cas. Dans le second, qui était remarquable par le caractère de ses auras visuelles, il m'a paru impossible de décider si le délire et la perte de connaissance, et je ne pus observer personnellement ni l'un ni l'autre, pouvaient être considérés comme épileptoïdes ou hystéroïdes. » Voici l'observation :

OBSERVATION XXXI. A. (Wood.)

La malade était une dame de 24 ans. Tandis que sa mère ne souffrait pas de maux de tête, sa grand'mère avait souffert de la même sorte d'accès qu'elle-même. Dans ce cas, les paroxysmes étaient très violents, commençant souvent par un frisson, mais ayant presque toujours une aura visuelle à caractère variable. Parfois cette aura prit la forme d'une véritable mégalopsie, ses mains et les objets du voisinage croissaient en dimensions jusqu'à ce qu'ils fussent

« terriblement grands », et les choses de sa chambre devenaient finalement plus que double de leurs dimensions naturelles. Dans quelques paroxysmes, cette mégalopsie fut remplacée par la vision de la défunte tante ou de la grand'mère vêtues comme pour le cercueil, flottant dans l'air. Dans les plus violentes attaques, la malade serait devenue activement délirante et, dans un grand nombre de cas, ce délire se serait terminé dans la perte de connaissance.

« Sommes-nous bien sûrs, pour croire à une relation étroite entre la migraine et l'épilepsie, qu'il existe réellement un lien de connexion héréditaire? Ma propre observation semble montrer que les deux troubles n'ont pas de connexions familiales, et je pense être en accord avec l'observation commune. Si quelque recherche sur ce sujet existe dans la littérature, il a échappé à ma lecture ou à ma mémoire. »

En ce qui concerne le cas actuel, l'auteur dira au patient qu'il est atteint de migraine; mais il avertira le médecin de la famille et les parents que ce peut être de l'épilepsie. Il base son diagnostic sur les attaques avec perte de connaissance et les convulsions qui précédaient la série de paroxysmes; sur la tendance qu'ont eu les paroxysmes à survenir en groupes; sur l'actuelle déchéance des facultés mentales. Bien plus, le patient avait des attaques nocturnes dans la première période de la maladie; c'est une raison pour suspecter que durant les deux dernières il ait eu des attaques nocturnes qui aient échappé à l'attention.

L'article du traité de Grasset et Rauzier met au point pour l'époque les acquisitions sur la migraine. On y lit :

« Comme phénomènes concomitants et complications, on a noté surtout l'aphasie, puis les troubles de la sensibilité (fourmillement, endolorissement, sensation de froid), quelquefois attaques épileptiformes (il ne faut néanmoins pas confondre ces cas avec les troubles oculaires prémonitoires de l'accès d'épilepsie). Charcot a donné le nom de migraine ophthalmique accompagnée aux formes dans lesquelles les troubles sensoriels et la céphalée se compliquent de troubles mo-

teurs sensitifs ou d'aphasie. La motilité peut aussi être atteinte dans la migraine. Ce sont quelquefois des tremblements, des secousses convulsives dans les muscles du côté malade; le sourcil est plus élevé que l'autre; la figure prend une expression grimaçante et asymétrique par l'action prédominante des muscles du côté atteint. Les phénomènes peuvent même se généraliser et on a alors une névrose convulsive plus grave. D'autres fois, c'est l'akinésie qui complique le tableau; on observe de véritables hémiplégies. Sanndby a décrit une migraine avec ptosis de même que Robiodis et Nicati... Charcot a récemment décrit la migraine ophthalmoplégique... Enfin, dans quelques cas, il y a aussi des troubles de la parole : aphasie complète ou incomplète, avec intégrité de l'intelligence. Liveing a signalé quelquefois l'incoordination de la pensée et l'amnésie. Ces signes coïncident habituellement avec une hémiplégie ou une héli-anesthésie à droite, quelquefois avec une paralysie bilatérale, mais jamais avec une paralysie gauche. Tous ces phénomènes disparaissent avec l'attaque de migraine... »

G. Mingazzini décrit, en 1893, la dysphrénie hémicranique transitoire. Voici les quatre observations qui servent de base à cette étude :

OBSERVATION XXXII. A. (Mingazzini *in* Muselli).

Pierrette V..., 20 ans. Rien à signaler dans l'hérédité.

La malade raconte qu'après l'âge de cinq ans, elle souffrit d'attaques convulsives, rattachées par les parents à une peur. Il semble qu'elles allèrent sinon diminuant de nombre (puisqu'elles pouvaient se répéter jusqu'à deux fois par jour, aux dires du sujet), du moins de force. Il n'y avait point perte de conscience; la malade signalait une sensation douloureuse qui montait de l'épigastre vers le larynx, lui faisait serrer les poings, battre les paupières et murmurer : « Oh! mon Dieu! » Cela durait si peu que, assure la malade, la famille ne s'en était jamais aperçue; elle s'asseyait et tout se dissipait. Vers l'âge de quinze à dix-sept ans, ces attaques, tout en diminuant de

nombre, changèrent de caractère; la malade, après une aura constituée par les sensations viscérales décrites, chutait sans conscience, prise d'attaques convulsives toniques et classiques, mordant souvent sa langue ou lâchant ses urines. Ces attaques étaient journalières, accompagnées de vomissements. Il n'y avait aucune régularité dans l'heure d'apparition de ces accès. Vers la fin de 1894, ces attaques convulsives diminuèrent de fréquence, mais la malade commença à éprouver presque continuellement des sensations de « pincements » par tout le corps, surtout à l'épigastre. Elle commença aussi vers cette époque à être sujette à des accès de céphalalgie, à forme hémicranique, qui commençaient par l'un ou l'autre côté de la tête, comprenaient le bulbe oculaire et se diffusaient dans tout le crâne. L'accès commençait quelquefois le matin pour durer jusqu'au soir. Était-il faible? pas d'autres symptômes ne l'accompagnaient. Était-il violent? deux ou trois heures après la céphalée, la malade commençait à accuser de petites étoiles, des petits ballons de couleur bleue ou des visions à type religieux : le paradis, des anges, la Madone ou une moitié des personnes qui étaient devant elle. Souvent l'accès est accompagné de vomissements, mais jamais accompagné ni suivi de perte de conscience. Quelques jours avant d'entrer à l'asile, il lui sembla se trouver en enfer où elle bouillait dans une chaudière tant elle ardaient par tout le corps; les sensations anormales cutanées et viscérales allaient en se multipliant; des fourmis la rongeaient par tout le corps, piquères dans les globes oculaires, etc. A l'entrée dans l'asile (24 février 1895), elle était en extase, à genoux et mains jointes, les yeux révulsés vers le ciel, disant qu'elle voyait la Madone.

Examen objectif. — Crâne petit, étroit de conformation ovale. Nez légèrement dévié à droite. Légère asymétrie de la face. Nutrition générale modérée. Hypoalgie diffuse. Conservation du réflexe pharyngé.

Etat psychique. — La malade comprend comme il faut, répond avec une promptitude convenable. Son état psychopathique actuel est le reflet des multiples illusions cénesthésiques et des hallucinations sensorielles dont elle est tourmentée. Phénomènes de l'aura précédant l'attaque convulsive, sensations anormales de tous genres réparties par tout le corps : pincements, ardeurs, etc.; la malade les

interprète suivant le mode délirant, elle se croit la proie des animaux qui s'agitent dans son corps : ver solitaire, etc., demande qu'on l'incise pour voir ce qu'il y a. Parfois sous l'influence complexe de ces sensations anormales, de la céphalée, de l'idée délirante, se produit un état anxieux de plusieurs heures, avec pleurs et sanglots.

A l'état normal, la malade se montre d'intelligence limitée; la mémoire est assez bien conservée, tant des faits que de leur ordre chronologique. Diminution dans la sphère sentimentale tant pour l'affectivité que pour la pudeur. Aboulie complète. Humeur plutôt triste, aspect somnolent ou abattu.

Réussite médiocre du sommeil hypnotique.

6 mars 1895 : La malade, au matin, se plaint de paresthésie viscérale, de serpents dans le corps. Vers midi et demi, attaque dont les caractéristiques sont les suivantes : perte de connaissance et chute sur le banc où elle était assise, l'écume à la bouche, les membres supérieurs agités de mouvements; les infirmiers disent qu'elle « cherchait », ce qui revient à dire que sa main sur le bras opposé courait comme à la poursuite de quelque chose; perte des urines. Durée de l'attaque : quelques minutes. Pas de souvenir de l'accès.

7 mars 1895 : Accès : une aura, sous forme d'un corps remontant de l'épigastre au gosier; chute, puis mouvements automatiques (habits ôtés, grattage de la terre, mains cherchant parmi les manches). Aux lèvres, bave légère, puis stupeur consécutive. Pas de souvenir de l'accès dont la durée fut de plusieurs minutes.

OBSERVATION XXXIII. A. (Mingazzini *in* Muselli.)

C. G..., trente-six ans. Pas d'hérédité névropathique connue. Jamais sujette aux convulsions. Mariée à vingt ans. Accouchement heureux de trois fils, tous vivants. Seulement de temps en temps, attaque de légère céphalée, pas d'abus alcooliques. Il y a à peu près un mois, elle commença à devenir sujette à des attaques assez fréquentes de céphalée pulsatile, diffuse bilatérale, augmentant de violence à mesure. Dans les forts paroxysmes de la céphalée, elle voit quelquefois des gens qui entrent chez elle; il lui arriva de se lever pour les éloigner; il lui paraissait qu'ils étaient sortis par la fenêtre

ou cachés derrière une portière qu'elle montrait. Toujours sous l'empire de l'accès, elle disait « qu'elle avait acheté un cheval pour 25 livres; avec ce cheval elle a parcouru les monts, etc., et puis le cheval est mort ». Durant l'accès, le long duquel elle est confinée au lit, elle se plaint d'y voir peu, d'avoir la vue comme obscurcie; elle accuse des bouffées de chaleur à la face, agite les jambes, il lui semble voyager; quelquefois des rumeurs bruissent à ses oreilles. Le mal cesse brusquement. Durant ces crises, il n'est pas possible de détourner l'attention de la malade sur d'autres objets et puis, peu à peu, elle retourne à soi, sans se rappeler tout à fait ce qu'elle a dit. Elle se rappelle toujours ces visions et ordinairement en reconnaît le mensonge.

Durant une de ses attaques plus intenses de céphalée violente, la malade a commis des actes inconscients de nature maniaque (bris d'objets, déchirure de vêtements, essai de morsure envers un bambin, de fuite hors de chez elle, insomnie, etc.). Elle demeura dans cet état deux ou trois jours avec des rémissions intercurrentes où elle était capable de raisonner, mais non de se rappeler ses actes.

A l'examen objectif, rien de notable. La malade se plaint d'essoufflement à la marche. Hyperesthésie ovarienne droite.

Au point de vue psychique, on note chez le sujet plutôt de l'irritabilité, sans impressionnabilité excessive. Le bromure de potassium a dans la suite amélioré l'hémicranie.

OBSERVATION XXXIII. A. (Mingazzini in Muselli.)

R. d'A..., de Rome, carabinier, célibataire, vingt-deux ans. Entré le 28 février 1895.

Pas d'hérédité. A neuf ans fut mordu à l'avant-bras droit par un chien (enragé)? Un de ses frères devient paralytique, puis guérit. La maladie actuelle est rapportée à une infection malarienne soignée à l'hôpital militaire de Perugia; dans le sillon balano-préputial on note une induration douteuse.

A la fin de 1891, il avait alors dix-huit ans, le malade a commencé à souffrir d'une céphalée frontale persistante ne le quittant ni jour ni nuit. L'année suivante (1892), il signale que, la céphalée

devenant plus violente, il se mettait à voir dans les deux yeux les mêmes étoiles qu'il lui arrivait d'observer à l'occlusion des yeux par la pression des doigts. C'étaient surtout des zigzags, des camps fortifiés lui apparaissant le jour de préférence. La vue était diminuée : le malade est obligé, s'il se lève pour marcher, de s'arrêter et s'attraper aux objets pour ne pas tomber. En 1893, dans un de ses accès de céphalée forte, tandis qu'il était à Castel di Sangro, après avoir présenté les phénomènes habituels il fut pris d'agitation maniaque; il voyait des ombres et des hommes qui semblaient venir vers lui; il s'agitait, menaçait l'entourage, ne répondant à toute question que « Allez-vous-en au loin! au loin! » Si bien qu'on fut obligé de s'assurer de lui. Cet état dura environ un jour. Le malade n'en conserve aucun souvenir; seuls les assistants peuvent nous raconter cet accès d'agitation furieuse.

Le malade fut pris d'un autre état psychopathique identique précédé des mêmes symptômes d'hémicranie ophtalmique, en novembre 1894, à Terni. De même, le 20 février 1895; ce fut ce dernier qui lui valut l'asile où il fut envoyé par ses supérieurs. Ces deux fois encore, l'état psychopathique déterminé par l'apparition d'hallucinations visuelles dura à peu près un jour, fut suivi de la même amnésie rétrograde. A la fin de la troisième, le malade manifesta l'intention de se suicider.

Examen objectif. — Crâne symétrique. Douleur accusée à la pression sur la colonne vertébrale dorsale, les rameaux de la V^e; rétréci concentriquement est le champ visuel à droite; celui de gauche l'est seulement dans le quart médian. Tremblement léger des mains dans l'acte du serment. Rien d'autre d'anormal.

Etat psychique. — A ce que dit le malade, une fois enfermé, il a toujours souffert d'une très légère douleur frontale (sujette à s'exagérer aux contrariétés), il parle de très légers vertiges passés avec obscurcissement de la vue et conservation de la conscience.

Emotif, est vite la proie de la colère. Mémoire excellente. Sentiments moraux et affectifs.

OBSERVATION XXXV. A. (Mingazzini in Muselli.)

Antonio G..., de Pentina, 26 ans, célibataire, de culture élémentaire. Entré à l'asile le 13 février 1895. Y avait déjà passé trois autres fois, la première fois pour lypémanie; les deux autres, le diagnostic fait défaut.

Pas d'abus de vin, mais abus des femmes au service desquelles il a attrapé deux ulcérations dont la dernière unique, accompagnée de douleurs ostiocopes. Blennorrhagie passée, compliquée d'adénite gaulche inguinale. Pas de stigmates de syphilis.

Depuis l'enfance, fréquentes douleurs de tête augmentant de violence avec l'âge. La céphalalgie survient par accès, se diffuse à toute la tête, croît en intensité à mesure et dure deux à trois heures; parfois dans les cas extrêmes, deux à trois jours. Pendant l'accès de douleur, il est suivant sa manière de parler comme « figé », c'est-à-dire confus, incapable d'apprécier le monde extérieur. Quand l'accès est devenu plus fort, le malade voit des stries, des zigzags, des lampions, etc. Si la douleur devient encore plus intense, il voit des hommes habillés semblables à des petites lampes à couleur de flamme. En dernier lieu, il lui semble que tout s'est apaisé et il reste quelque temps étourdi. Sous l'influence de ces hallucinations il prend peur les autres racontent même qu'il se précipita parfois vers les fausses images; de ces impulsions motrices, il ne se rappelle point.

Dans les périodes intercalaires, il reconnaît que ces faits sont la suite de la maladie.

Examen objectif. — Crâne symétrique, bosses frontales proéminentes, bulbes oculaires enfoncés, zygomases proéminents, nez un peu dévié à droite, dents supérieures inclinées en dedans. Champ visuel rétréci des deux côtés.

Pas d'autres choses à signaler. Douleurs à la compression du vertex dorsal.

Tous les mouvements délicats soulèvent des tremblements manifestes, ainsi que dans les mains étendues pour jurer; ils se produisent aussi dans la langue, hors des arcades les muscles circonscrivant l'orifice auriculaire, si le malade montre ses dents ou essaie de se

tenir sur une seule jambe. Au repos, tremblement des membres surtout inférieurs.

Réaction pupillaire de convergence très limitée.

Etat psychique. — Le malade a des réponses correctes. Mémoire précise. Il dit que lorsque sa mère le porta à l'asile, il n'était pas en état, de par sa confusion d'esprit, de se rappeler la nature de l'endroit; mais le lendemain reconnaissance fut faite, il se souvint d'être déjà venu à l'hôpital.

A l'asile, il s'est plaint trois fois de mal de tête durant trois ou quatre heures; la douleur passe lentement et, après avoir cessé, elle est encore perçue quelque temps de façon confuse. Le malade rappelle au médecin tous les plus petits troubles.

Vie affective normale, aucune anomalie des instincts; volitions manifestement faibles, insomnie.

Le professeur de Rome commente ces faits :

« Quand l'hémicranie montait à un certain degré d'intensité, les malades accusaient des perceptions visuelles assez spéciales sous forme de phosphènes bilatérales; chez d'autres c'était de l'amblyopie. Ces perceptions visuelles élémentaires étaient ou non accompagnées de visions plus différenciées telles que celles d'hommes menaçants, ce qui était fréquent, ou d'animaux énormes, ce qui était plus rare, et rappelant le délire hallucinatoire d'origine alcoolique. Ces images pouvaient avoir un caractère religieux. Sur la réalité des hallucinations, les patients n'émettent pas toujours les mêmes appréciations : ou ils les corrigent ou ils en doutent, mais leur caractère terrifiant est constant... L'hallucination vraie constituée a une durée brève : tout roule dans le cycle de quelques heures, tout au plus d'une journée... Les actes commis durant l'accès à son acmé sont amnésiques... Nous pensons ainsi résumer ce qui se passe dans les formes dramatiques à syndrome complet :

» 1° Durée de l'accès qui, de quelques heures, atteint à peine la journée (un seul cas mis à part);

» 2° Tendance durant les accès à l'action directe soit sur

des personnes, soit sur des choses, et déterminée par une réaction des maladies à l'égard des images hostiles ou terrifiantes;

» 3° Amnésie de ce qui s'est passé durant l'accès;

» 4° Période terminale constituée par un état confusionnel, qui va se dissipant peu à peu... »

Ces états, on peut les qualifier de véritables crises épileptoïdes, mais non de crises épileptiques. Telle est la conclusion de Schüle : « Il y a des désordres psychiques suraigus dont les symptômes rappellent beaucoup ceux des états épileptiques et hystéro-épileptiques, alors que chez le sujet il n'y a pas la moindre raison pour admettre une véritable épilepsie ou hystérie. »

L'auteur attribue toujours l'accès hémicranique à un spasme vaso-moteur et de même les hallucinations à propos desquelles il commente les conceptions de Meynert. Il cite cependant pour montrer que la doctrine du spasme vaso-moteur n'explique pas toute la pathogénie, une observation où le syndrome et les troubles visuels ont disparu par suggestion chez une malade de cinquante ans présentant des stigmates d'hystérie.

Après avoir rapporté les observations de Zacher et de Krafft-Ebing, Mingazzini écrit plus loin « qu'il paraît possible d'admettre que les hémicranies pures, à condition qu'elles soient excessives, peuvent déterminer un état psychopathique à caractères peu différents de celui de l'hémicranie ophtalmique ».

La *Revue de Médecine* publie, en 1896, une observation curieuse de Lamacq. Voici le résumé qu'en donne Cornu :

OBSERVATION XXXVI. A. (Lamacq in Cornu.)

Jeune homme de 30 ans, père migraineux, frère épileptique. J... est migraineux; l'accès débute le matin et disparaît dans le cours de la journée. La céphalée s'accompagne d'un état vertigineux psychique, l'attention se fixe difficilement, différentes idées tourbillonnent dans l'esprit ou bien des mots inutiles se présentent en foule. On ne s'aper-

çoit pas de cette lutte intérieure. D'autres fois, au contraire, la tête semble vide, les idées viennent peu; le malade est alors taciturne, un peu emporté, il a aussi quelques accès de mélancolie. Depuis l'enfance, il est en même temps atteint de névralgie métatarsienne antérieure paroxystique. L'accès douloureux du pied débute toujours le matin, quand le pied se pose à terre; c'est alors un malaise sourd, au niveau du quatrième orteil. Puis, la douleur augmente et atteint son maximum vers midi. Elle persiste toute la journée. Quelques prodromes : appétit inaccoutumé, entrain, le sujet rit à tout propos contre son habitude; mais le sommeil devient lourd, entrecoupé de cauchemars; le matin apparaît une sensation de fatigue intense, puis enfin la douleur du pied. A mesure que cette douleur augmente, J... éprouve une pesanteur de tête particulière; le travail intellectuel est pénible, il y a une sensation de léger vertige. Des nausées se rencontrent aussi d'une façon constante. Pendant toute la journée, état de somnolence. Il est possible d'arrêter la crise douloureuse dès le début : il suffit pour cela que le malade prenne un bain de pied; mais les autres phénomènes persistent et, le lendemain matin, la migraine apparaît avec une régularité presque constante. Quand la migraine apparaît seule, les prodromes sont les mêmes... Cet état migraineux a exactement la même durée que la névralgie du pied, il siège toujours à l'œil droit et au côté droit du crâne de même que la névralgie occupe le pied droit.

Ce sont les troubles psychiques migraineux qui constituent l'intérêt de cette observation de Brackmann.

OBSERVATION XXXVII. A. (Brackmann in Cornu.)

Malade migraineux depuis l'âge de 15 ans. En 1893, il commence à souffrir d'un état d'obnubilation suivi d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, et d'idées fixes de persécution qui durèrent un an et demi. La migraine avait disparu pendant ce temps, mais elle revint dès que la psychose cessa. Les accès furent souvent accompagnés le soir d'un sentiment subit d'anxiété hallucinatoire qui durait quinze minutes environ; amnésie. — Quelque temps après, le malade eut un très violent accès, avec état d'obnubilation, qui dura plusieurs

jours et fut suivi de stupeur hallucinatoire. Le malade s'enfuit pendant cet accès sans s'en rendre compte. Replacé à l'asile, il a des migraines violentes, et présente des idées de persécution pendant les deux ou trois jours qui suivent.

Pierce Clarke cite le cas suivant où la migraine servait d'aura à l'épilepsie. Elle apparaissait dix à douze heures avant l'accès d'épilepsie et se concentrait dans la tempe gauche. Les douleurs étaient très violentes et duraient sans discontinuer jusqu'au moment où commençaient les convulsions épileptiques; la douleur continuait tant que duraient les convulsions et cessait en même temps que ces dernières. Il arrivait parfois que la migraine n'était pas suivie d'un accès épileptique. Des doses de salicylate prises à temps abrégeaient et pouvaient même complètement prévenir les accès de migraine ainsi que ceux d'épilepsie.

Bordani formule de la manière suivante les rapports qui existent entre la migraine et l'épilepsie : les deux maladies peuvent et doivent être envisagées comme des névroses héréditaires et, par conséquent, comme névropathies dégénératives; les deux maladies se combinent et se compliquent réciproquement, cette combinaison pouvant être de genre très différent; l'accès d'une des maladies peut être suivi par un accès de l'autre, présentant une espèce d'accès à deux phases; ou bien les accès de l'une et de l'autre de ces maladies peuvent exister d'une manière indépendante. Les premiers peuvent être nommés épilepsie migraineuse, les seconds migraine chez les épileptiques. Dans ce dernier cas l'accès d'épilepsie est envisagé comme un équivalent de la migraine. D'après la manière de se manifester, l'épilepsie migraineuse peut être rangée parmi les autres formes de migraine.

Krafft-Ebing trouve qu'incontestablement il existe des rapports étroits entre l'épilepsie et la migraine, mais seulement la migraine ophtalmique; la migraine simple n'a aucun rapport avec l'épilepsie, et si l'épilepsie se montre chez ces malades, c'est une simple coïncidence de ces deux maladies. Il n'en est

pas de même de la migraine ophtalmique. Avec cette forme, l'épilepsie se trouve en rapports génériques très étroits. Ce qui est surtout d'importance sous ce rapport, c'est la teinte rouge du champ visuel; ce phénomène accompagne seulement la migraine ophtalmique et l'aura épileptique. L'aura visuelle peut exister d'une manière indépendante et peut provoquer ou bien un accès de migraine ophtalmique, ou bien un accès d'épilepsie, ou bien enfin l'un et l'autre. Dans ce dernier cas, les deux névroses sont causées par la même altération dans le cerveau. L'épilepsie migraineuse et la migraine épileptiforme peuvent se remplacer réciproquement; dans le premier cas, les crises de convulsions ou les crises psychiques peuvent être remplacées par la migraine. Chaque migraine ophtalmique fait penser à son caractère épileptique; d'un autre côté, tous les accès d'épilepsie accompagnés d'aura visuelle, provoquent la supposition qu'on a affaire à la migraine, surtout dans les cas où il y a des vomissements et une douleur de la moitié de la tête. En traitant la migraine, il faut faire attention à sa forme clinique; la migraine qui a des points de rapport avec l'épilepsie doit être traitée par des moyens anti-épileptiques, surtout par du brome avec de l'antipyrine.

Ch. Féré, auquel on doit tant pour le sujet qui nous intéresse, publie dans la *Revue de médecine* de 1897 un article très fouillé sur un cas de psychose migraineuse. Après avoir rappelé les travaux de Liveing, Féré, Mingazzini, l'auteur fait remarquer que « les troubles psychiques migraineux sont extrêmement variés suivant la place qu'ils tiennent dans le processus, suivant leur durée et suivant leur aspect symptomatique... Ces troubles psychiques peuvent se produire à des intervalles variables, se présenter sous forme d'accès sériés ou d'état de mal, tout comme d'autres manifestations migraineuses. Leur aspect symptomatique est très variable; elles peuvent se présenter sous forme de colères ou d'accès de manie transitoire, de mélancolie, d'apathie ou de confusion mentale, d'hallucinations, d'idées fixes, d'obsessions, d'impul-

sions, etc... Les allures communes de ces phénomènes à paroxysmes brusques permettent de les rapprocher de l'épilepsie dans laquelle on peut retrouver la plupart des manifestations que nous avons signalées, hallucinations, colères, crises d'apathie ou de confusion mentale, etc. La perte de la mémoire que Liveing avait bien relevée peut se présenter sous forme d'amnésie rétro-active, qui n'appartient pas en propre à l'épilepsie ni à la migraine épileptiforme, mais qu'on retrouve dans un grand nombre de conditions de choc physique ou moral ou d'orage nerveux. La parenté de ces troubles psychopathiques est importante à établir, en raison de l'efficacité du bromure dans la plupart des affections épileptiformes ». Voici l'observation nouvelle de Féré :

OBSERVATION XXXVIII. A. (Féré.)

M^{me} B..., 19 ans, est la dernière de six enfants; les cinq aînés sont bien portants et n'ont jamais souffert d'aucun trouble nerveux à la connaissance des parents qui, eux aussi, sont indemnes à cet égard.

Le père est gouteux, la mère est obèse.

Parmi les collatéraux, on cite des arthritiques et des obèses, mais pas de névropathes. La dernière grossesse de M^{me} B... a été troublée par des émotions répétées et par une chute grave au milieu du troisième mois. L'accouchement s'est produit quinze jours avant terme. L'enfant était bien conformée et pesait sept livres; elle a été élevée par une bonne nourrice. Jusqu'au sevrage, à quatorze mois, elle a joui d'une santé parfaite et se développait bien; elle a commencé à marcher en temps normal. A seize mois, à la suite d'une indigestion, elle a eu une convulsion légère. Elle a eu plus tard deux fièvres éruptives et plusieurs angines sans éprouver de nouveaux troubles nerveux. Depuis dix-huit mois, elle était propre et jamais n'a plus eu de mictions involontaires. Vers sept ans, elle a eu un jour une syncope avec miction qu'on a attribuée aux vers, sans toutefois que la preuve ait été faite à cet égard. C'est à partir de ce moment qu'elle a commencé à souffrir de douleurs de tête et à avoir des colères violentes. Les douleurs et les colères avaient pour caractère commun

d'apparaître brusquement sans motif et de cesser de même.

La douleur de tête était, au début, généralement localisée dans la région temporale du côté gauche de la tête; mais quelquefois elle siégeait à la région occipitale et à la région frontale. Pendant quelques minutes elles restait limitée à une étendue très restreinte. C'était un clou qui s'enfonçait; puis elle s'étendait assez rapidement à tout le côté de la tête et au côté opposé; mais elle prédominait toujours du côté gauche. L'enfant était pâle, les yeux tirés, les extrémités étaient froides, la respiration était superficielle et semblait ne se faire qu'avec effort. Au bout d'un quart d'heure, vingt minutes ou une demi-heure au plus, la douleur cessait brusquement sur toute son étendue. Exceptionnellement la cessation de la douleur était précédée d'un vomissement alimentaire ou de plusieurs suivant la période de la digestion. Les colères se manifestaient aussi spontanément et aussi brusquement. Sans préambule, l'enfant se mettait à invectiver les personnes qui l'entouraient, jetait en l'air ce qu'elle tenait à la main, brisait ses jouets ou tout autre objet, se roulait par terre en vociférant; au bout de cinq ou de dix minutes, on la voyait pâlir, prendre une expression triste puis, tout à coup, le calme revenait. Le plus souvent elle reprenait ses jeux ou ses occupations, sans aucune observation, quelquefois elle disait : « J'ai bien souffert »; mais elle ne paraissait avoir qu'une mémoire confuse de ce qui s'était passé; rarement elle disait : « J'ai été méchante ».

Rarement ces crises de fureur étaient précédées par un état de malaise avec pâleur, pendant quelques minutes.

L'enfant disait quelques fois : « Je vais être méchante; c'est parce que je souffre que je suis méchante. » Elle se souvenait après l'accès d'une sensation d'angoisse précordiale très sensible. Ces crises bruyantes ont duré environ dix-huit mois, se répétant plusieurs fois par semaine, rarement plusieurs fois dans une même journée, alternant sans régularité avec les douleurs de tête.

Un jour, sans s'être atténuées ou modifiées en quoi que ce soit, les crises de fureur furent remplacées par des crises de torpeur : l'enfant prenait tout à coup une expression d'hébétude, restait immobile, ne répondant pas aux questions; ce n'était qu'avec peine qu'on pouvait lui arracher une monosyllabe, généralement mal appropriée,

Au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, elle se réveillait comme sortant d'un rêve; de temps en temps l'accès d'apathie se terminait par un vomissement. Les crises douloureuses n'avaient pas changé de caractère.

Vers dix ans, les crises douloureuses et les crises d'apathie parurent s'atténuer et elles s'éloignèrent; l'enfant était souvent plusieurs semaines sans que rien se produisît. C'est à partir de ce moment que les douleurs de tête commencèrent à s'accompagner de troubles sensoriels qui variaient à chaque accès. Tantôt c'étaient des sensations lumineuses, des obscurcissements de la vue se manifestaient surtout du côté droit, mais non constamment; il n'est pas possible d'y retrouver sûrement le caractère hémianopsique : tantôt c'étaient des hallucinations visuelles, généralement relatives à des animaux étranges. Quelquefois c'étaient des hallucinations auditives, la malade écoutait, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, des paroles prononcées à voix basse et dont elle ne comprenait pas le sens. Plusieurs fois elle a eu des hallucinations désagréables du goût s'accompagnant de l'expulsion de flots de salive.

A treize ans, les règles s'établirent d'emblée régulièrement et sans douleur. Depuis cette époque, les douleurs de tête ont complètement disparu; pendant plusieurs années, les crises apathiques ont été rares et courtes; mais cependant il ne s'écoulait guère un mois sans qu'elles reparussent, n'ayant d'ailleurs aucun rapport avec la menstruation.

Il y a deux ans, au mois de février 1893, au moment de son époque, M^{lle} B... fut effrayée par une personne qu'elle rencontra inopinément dans l'obscurité; l'écoulement s'arrêta. Pendant les jours qui suivirent, elle eut coup sur coup plusieurs accès de migraine avec accompagnements visuels, scotome scintillant suivi d'hémianopsie droite, puis hallucinations unilatérales droites (probablement hémianopsiques) d'animaux qui venaient du côté droit et disparaissaient quand ils avaient gagné la ligne médiane. Dans tous les accès les images hallucinatoires avaient une couleur sombre. L'accès dans sa totalité ne durait guère que quinze ou vingt minutes. C'est alors que se présenta à plusieurs reprises un phénomène qui n'avait pas existé jusque-là ou du moins avait passé inaperçu. Après plusieurs des

accès qui avaient paru les plus douloureux, la malade avait été abattue, et pendant cette période d'abattement elle avait perdu le souvenir non seulement de l'accès douloureux pendant lequel elle avait exprimé correctement ses sentiments, mais même un certaine période antérieure au paroxysme : elle fut prise un jour, dans une maison où elle se trouvait en visite depuis un grand quart d'heure; on l'emmena malgré la migraine; sitôt rentrée chez elle, elle vomit puis tomba dans un état de prostration qui dura deux heures environ.

Elle ne se souvenait pas qu'elle était sortie de chez elle avant l'accès; le souvenir ne se réveilla qu'au bout de sept ou huit heures. Son entourage est convaincu qu'après un autre accès survenu à la suite d'une émotion morale, certains faits, qu'on ne tient pas d'ailleurs à lui rappeler, ont complètement disparu de son souvenir.

Pendant une période de douze jours où il s'était produit huit accès de migraine, il n'y avait eu aucun accès d'apathie sans migraine. Et ce fut alors un nouveau changement à vue : les crises douloureuses disparurent, les crises d'apathie pure se renouvelèrent à peu près quotidiennement malgré le retour des règles qui se rétablirent avec régularité.

Elle ne se plaignait d'aucun autre trouble quand je la vis pour la première fois, le 26 mars 1893. La description de la dernière crise, donnée par la mère, caractérise assez bien la situation. Elle racontait un fait récent à une de ses sœurs; tout à coup elle pâlit légèrement, ses paupières s'abaissèrent, son regard se ternit, la parole se ralentit; la phrase achevée, elle se tait et reste l'air hébété. La connaissance ne paraît pas complètement perdue, elle tourne vaguement le regard vers une personne qui entre. On peut l'entraîner dans sa chambre, mais elle traîne les pieds, se soutient à peine et se laisse tomber sur un fauteuil, où elle reste inerte les bras ballants, les yeux à moitié fermés, la bouche béante. Au bout de dix minutes environ, son expression reprend de l'activité; elle s'adresse à sa sœur et reprend sa narration au moment où elle l'avait interrompue en s'excusant de son trouble; sa parole reste plus lente pendant quelques instants, puis l'ordre paraît rétabli : elle n'a ressenti cette fois-là aucune courbature, mais c'est ce qui arrive pourtant le plus ordinairement à la suite de ces sortes de crises.

M^{lle} B... ne présente aucune malformation digne d'être notée; elle n'offre pas non plus de stigmates hystériques; elle est maigre et pâle, mais paraît jouir d'une bonne santé et ne se plaint d'aucun trouble organique.

En l'absence de toutes conditions de migraine symptomatique, je pensai à une migraine-névrose à crises psychiques et je conseillai un traitement bromuré. La malade le suivit pendant quelques jours seulement; il ne s'était produit aucune amélioration. Un esprit fort de l'entourage fit partager son opinion sur l'action exclusivement abrutissante du médicament. Vers la fin de mai, les accès d'apathie augmentèrent de durée et de fréquence; elle en vint bientôt à avoir plusieurs accès par jour durant plusieurs heures. Puis dans les intervalles survinrent des accès d'excitation avec loquacité, gesticulations, exprimant quelquefois des idées absurdes de puissance. Puis s'intercalèrent de nouveau des accès douloureux. La malade suivit sans succès divers traitements s'appliquant à une soi-disant neurasthénie circulaire. Peu à peu la malade en était venue à n'avoir plus que des intervalles lucides extrêmement courts, passant d'un accès de migraine à une crise d'apathie, séparés par des armistices indécis permettant de constater la déchéance graduelle de l'activité cérébrale. L'alimentation était devenue insuffisante et l'amaigrissement était alarmant.

Quand j'ai revu la malade, au commencement d'octobre 1896, elle présentait un aspect rappelant à s'y méprendre celui des épileptiques à crises quotidiennes multiples. La malade prit d'emblée six grammes de bromure de potassium par jour. L'effet ne se fit pas longtemps attendre : dès le quatorzième jour les accès apathiques, au lieu de durer une ou plusieurs heures, disparaissaient après dix minutes ou un quart d'heure. La dose fut portée à sept grammes; le changement devint alors décisif; les paroxysmes changèrent de forme : une ou deux fois par jour, il survenait une douleur de tête subite comme un coup de marteau au-dessus du sourcil gauche, la vue s'obscurcissait; au bout de cinq minutes au plus la douleur disparaissait comme elle était venue. Le vingt et unième jour, on augmenta la dose d'un gramme; trois jours plus tard les paroxysmes douloureux ne se produisirent plus. La malade supporta parfaite-

ment le médicament en jouissant d'une activité inconnue depuis des années. Pendant cinq mois elle n'a eu aucune crise douloureuse ou psychique.

Sciamanna, dans la *Riforma medica* de 1898, rapporte une observation résumée brièvement.

OBSERVATION XXXIX. A. (Sciamanna.)

Malade sujet à des attaques représentées par des troubles sensoriels complexes : hallucinations visuelles et auditives avec conscience de l'irréalité et preuves de complet bien-être. Puis, douleur de tête violente qui, à mesure qu'elle se précisait, n'entraînait plus que des troubles hallucinatoires restreints aux troubles auditifs.

Le cas de migraine à forme psychique que L. Bordoni rapporte lui aussi la même année est plus longuement cité par la *Revue neurologique* :

OBSERVATION XL. A. (Bordoni.)

Une femme de 36 ans subit il y a cinq ans l'ovariectomie double; le soir même de l'opération, elle eut de l'hémianopsie et vit des étincelles passer devant ses yeux. Peu de temps après, elle devint migraineuse : l'attaque était précédée d'une légère douleur dans la moitié gauche de la tête, avec sensation d'étirement du front, d'excavation de l'orbite et prostration générale. Puis la douleur hémicranique devenait intense; il se produisait une hémiope bilatérale droite, de la parachromatopsie, un scotome central, de temps à autre des rayons lumineux et des étincelles, des palpitations, un malaise général, des fourmillements dans la moitié gauche du corps, des nausées; des hallucinations conscientes ne manquaient jamais dans les forts accès : elles étaient visuelles et acoustiques. La malade voyait d'horribles vieilles qui la menaçaient, des chiens, des chats, qui allaient se jeter sur elle, et presque à chaque fois un vase de terre contenant trois jambes sanglantes et des hommes armés de coutelas fai-

sant mine de vouloir couper ses jambes à elle pour les jeter dans le vase avec les membres qui s'y trouvaient déjà. La malade entendait aussi des voix qui l'appelaient, la bafouaient ou se moquaient d'elle. Elle prononçait des paroles sans suite et ne pouvait trouver les mots propres à exprimer sa pensée. Il y avait une grande difficulté de conception. Le souvenir de l'accès était conservé assez complet.

Pendant trois ans les accès se répétèrent avec les mêmes caractères et la même intensité malgré différents traitements. On fit prendre à la malade de l'ovaire frais de vache. La fréquence et l'intensité des accès diminuèrent, mais ceux-ci furent modifiés dans leur forme. Après les prodromes habituels, venait une crise convulsive (hystérisiforme); pendant trois mois les attaques convulsives ne se montrèrent pas, mais elles furent remplacées par des crises de douleurs épigastriques, qui plus tard alternèrent avec des accès hallucinatoires du premier mode.

D. — *Travaux du XX^e siècle, de Cornu à Platau*
(1902-1912).

L'importante thèse de Cornu paraît en 1902. L'auteur fait remarquer dans son introduction que « dans les traités classiques on n'a pas assez mis en relief certains troubles du mouvement, de la sensibilité ou de l'intelligence... » Il montre plus loin que l'accès de migraine ophtalmique s'accompagne plus souvent que l'accès vulgaire de phénomènes moteurs et psychiques. On sait, dit Cornu, depuis les travaux de Rosenbach et Unverricht, que l'excitation de la région visuelle de Munk donne lieu à des phénomènes réflexes très étendus. L'analyse que donne de ce travail la *Revue neurologique* de 1903 résume les conclusions de l'auteur : La crise douloureuse de l'accès migraineux peut réflexivement occasionner des états convulsifs simulant à s'y méprendre la grande crise de mal comitial; état épileptiforme auquel succèdent parfois comme dans l'épilepsie vraie des paralysies partielles « par inhibition ». Cornu a apporté dans sa thèse plusieurs observations nouvelles qui nous intéressent.

OBSERVATION XLI. A. (Cornu.)

M^{me} M..., 41 ans, père rhumatisant mort de « transport au cerveau »; mère asthmatique; un frère rhumatisant; une sœur morte de convulsions à huit mois; trois autres sœurs sans névropathie.

La malade a toujours été bien portante; pas de tares. Elle a un fils qui a subi plusieurs poussées rhumatismales et est peu intelligent. A 14 ans, au moment des règles, hémicranie brusque avec brouillard visuel, nausées et vomissements : durée vingt-quatre heures avec prostration finale. Depuis, les époques sont très douloureuses et s'accompagnent d'accès de même nature. L'accès débute toujours après dîner par un agacement général et des bâillements impérieux et dure trois ou quatre heures. Le mode de début a changé depuis quelques années : des fourmillements partent des pieds, montent à la tête, et sont suivis d'une sensation douloureuse, sorte « d'éclatement », au dire de la malade; il en reste l'hémicranie. D'autres fois, la malade a vu des bêtes ou des oiseaux « qui tournaient en rond », des étincelles. Depuis trois ans, elle prend des crises convulsives : elle éprouve d'abord des fourmillements, qui des pieds montent à la tête; elle éprouve alors une vive douleur sus-orbitaire droite et aperçoit une gerbe d'étincelles. Au bout de deux ou trois minutes, elle tombe et est prise de convulsions (phase tonique prépondérante). Elle a pris ainsi cinq crises en trois ans. Toutes sont venues au moment des règles, comme les migraines. Les migraines reviennent à toutes les périodes menstruelles, mais ne se compliquent pas régulièrement, comme on le voit, d'accidents convulsifs.

OBSERVATION XLII. A. (Cornu.)

M^{lle} D. A..., 38 ans. Grand-père mort paralysé (ramollissement). Père sujet à des céphalées périodiques, très vif. Mère très nerveuse, obligée de se coucher à chaque contrariété. Une sœur morte de méningite.

La malade est sujette, depuis l'âge de sept ans, à des accès de migraine; la migraine débute brusquement le matin après le lever et

oblige la malade à se recoucher. Les troubles oculaires, constitués par des nuages colorés, parsemés de paillettes d'argent, apparaissent ensuite et se produisent à plusieurs reprises au cours de l'accès qui dure en moyenne vingt heures; les nausées sont constantes et le vomissement assez fréquent. Pendant tout l'accès, elle entend très mal et ses yeux « papillotent ». Fréquemment, dans la nuit qui précède l'accès, la malade ne peut dormir et elle s'agite; il lui est arrivé souvent de voir des « flammes chassées par le vent ». Les rêves et les cauchemars ne sont pas rares et il est arrivé une fois à la malade de voir une lionne qui voulait la dévorer; elle se réveilla en sursaut toute brisée et angoissée; la douleur hémicranique fit son apparition peu après et l'accès fut particulièrement long, puisqu'il se prolongea jusqu'au lendemain matin.

Une personne de l'entourage nous a raconté quelques détails relatifs aux troubles psychiques. Quand l'accès a été très violent et qu'il est sur le point de finir, la malade est prise d'une sorte de vertige mental au cours duquel elle devient subitement agitée. Elle rit aux éclats et répond par un mot ordurier si on lui en demande le motif; une fois, elle fut subitement effrayée, croyant qu'on voulait la « cylindrer »; d'autres fois, au milieu d'une conversation raisonnable, elle prononce des mots dont elle ne peut dire le sens : « Je veux une bombardée, une lévélienne... ». La malade a d'ailleurs conscience de cet état, car elle a raconté : « Par moments, je me sens folle; c'est quand je souffre tant, je divague, je ne me rends compte de rien, je ne sais plus ce que je fais ni ce que je dis... »

Asymétrie faciale, tous les traits sont tirés à droite, l'arcade sourcilière abaissée et l'apophyse malaire peu accusée. La malade présente de plus un début de calvitie localisée au côté gauche du crâne avec prédominance à la région pariétale.

OBSERVATION XLIII. A. (Cornu.)

M^{me} V..., 31 ans, guimprière; père alcoolique; mère migraineuse, morte à la suite d'une attaque d'apoplexie. Deux frères bien portants, une sœur migraineuse.

La malade est sujette à des accès de migraine depuis l'âge de

neuf ans; les accès, d'abord simplement douloureux avec nausées, se sont compliqués peu à peu. A chaque accès, actuellement, elle éprouve un engourdissement de tout le côté droit, avec picotements de la langue et troubles visuels variés, survenant parfois en dehors du vertige douloureux et consistant en une roue dentée à vibrations très rapides, en zigzags et angles lumineux. Parfois elle souffre également de fourmillements, de crampes dans la jambe gauche; cette sensation débute brusquement le matin et disparaît rapidement, mais laisse une lourdeur du membre qui dure toute la journée. Depuis quelque temps, elle n'avait pas présenté de paroxysme lorsque, à la suite d'une émotion, la malade ressentit brusquement une violente hémicranie avec sensation de chaleur et abondante transpiration des mains. Très émotive et inquiète, elle embrassait continuellement son mari en pleurant; elle eut ensuite une période d'excitation au cours de laquelle elle quitta ses vêtements, essaya de se brûler la tête dans un poêle. Puis, vers la fin de la journée, elle eut des idées tristes, appréhenda pour la sécurité des siens et tomba dans l'abattement et le mutisme. Une crise de sanglots avec vomissements convulsifs termina l'accès. A plusieurs reprises, depuis, on a constaté quelques impulsions contrastant avec le caractère ordinairement très doux de la malade; ces raptus coïncident assez exactement avec le début de ses règles, qui d'ailleurs sont peu abondantes.

Rien au cœur, ni aux poumons; urines normales; estomac un peu dilaté; constipation opiniâtre.

OBSERVATION XLIV. A. (Cornu.)

G..., 27 ans. Aucun trouble nerveux dans la famille. Pas d'antécédents personnels.

Première crise au régiment à 22 ans. Le malade souffrait de la tête depuis le lever; maximum temporal : il se sentait comme ivre et éprouvait du vertige en même temps qu'un brouillard allait et venait devant ses yeux. La céphalalgie était convulsive avec exacerbations très violentes qui se rapprochaient peu à peu. A dix heures du matin, il se promenait dans la cour lorsqu'un choc céphalique violent le fit tomber. Il eut une crise typique avec chute, cri, morsures de la lan-

gue et convulsions généralisées. Peu après il fut réformé et reprit son métier de cultivateur. Pendant deux ans il n'eut ni crises ni céphalées de ce genre, puis un matin il éprouva la même céphalée et eut une crise convulsive. Il resta de nouveau un an sans accident; puis les crises toujours précédées de ce mal de tête, se reproduisirent tous les mois. Il est alors admis à l'hospice du Perron; les crises deviennent plus fréquentes et subissent le contre-coup de tout écart de régime. Le malade attribue cette recrudescence à la qualité du vin qui est plus fort et plus abondant que chez lui ($3/4$ de litre); il se met à l'eau pure, et les crises diminuent. Le malade différencie très bien les autres maux de tête; il affirme n'avoir jamais de crises sans cette céphalalgie, qui est son « avertissement ». La céphalalgie débute le matin sans unilatéralité, avec maximum frontal gauche; le malade se sent « troublé »; il a des tressaillements et un état nauséaux. Le mal de tête revient par accès, sous forme de « courant intracranien qui fait sursauter le malade, en même temps que l'œil gauche se ferme et qu'il se produit un instant de vertige », et les exacerbations se rapprochent; une heure ou deux avant l'attaque violente, il présente des mouvements convulsifs de la nuque et des membres supérieurs; le malade se couche alors. Après la crise, il a un moment d'égarement, puis il tombe dans un profond sommeil; à son réveil, le mal de tête a disparu.

OBSERVATION XLV. A. (Cornu.)

L..., 43 ans; deux frères morts en bas âge; pas de maladies graves, pas d'excès alcooliques, pas d'accidents vénériens. Depuis l'âge de quatorze ans, il est teinturier et manie des sels de plomb.

Les premières crises remontent à 37 ans; jusque-là il avait présenté des vertiges devenus de plus en plus fréquents. Brusquement, un après-midi, le malade eut une attaque épileptique typique; il en eut trois le même jour, et jusqu'à sept à huit quotidiennement pendant quelque temps. Il dut suspendre son travail, mais le bromure de potassium amena vite une grande amélioration (une crise par semaine en moyenne). Actuellement, il présente trois sortes d'accidents : migraines, vertiges, crises convulsives. Le malade affirme que les crises

sont presque toujours précédées par la migraine. Après insomnie, la céphalalgie éclate le matin, toujours à gauche; hyperesthésie cutanée, coups de marteau intracrâniens, nausées, anorexie. L'accès migraineux est parfois intense dès le début et le malade peut prévoir qu'il prendra sa crise convulsive; il l'annonce à ses camarades et ne va pas travailler. Le mal de tête croît d'intensité en effet, « fait fermer l'œil », et dans la soirée, lors d'une exacerbation avec brouillard visuel, la crise franche éclate. Le malade souffre de cette céphalalgie tous les cinq jours, mais il ne prend de crise que tous les dix jours environ; une migraine peu intense amènerait simplement du vertige. La stupeur consécutive est de peu de durée; brisement de tous les membres. L'examen somatique ne décèle rien d'anormal.

La même année que Cornu, Kovalewsky apportait un ouvrage de 200 pages sur *La migraine*. Au point de vue qui nous occupe, l'auteur expose successivement son opinion sur les troubles épileptiques et les troubles mentaux de la migraine. Après avoir cité l'opinion de Krafft Ebing, il ajoute qu'il a vu des cas où la migraine simple et l'épilepsie chez la même personne, étaient en rapports plus proches qu'une simple coïncidence ou une complication. Kovalewsky conclut, d'après ses observations personnelles, « qu'il y a des rapports très proches et un lien très essentiel entre la migraine et l'épilepsie »; d'après mon avis, ce ne sont non seulement les fruits du même arbre, — ceux de la dégénérescence — mais des fruits appartenant à la même branche — à la convulsivité, — dans la région motrice dans un cas, dans celle des sensations, des sensations douloureuses surtout dans l'autre.

On mentionne au nombre des manifestations de l'aura la confusion de l'intelligence (*Verworrenheit*). Elle accompagne toujours les accès de migraine très violents, parfois les accès violents ou même faibles, et même il arrive que tout l'accès se borne à la confusion.

OBSERVATION XLVI. A. (Kovalewsky.)

N. P..., 32 ans, mariée. A eu trois enfants et en a perdu deux pendant leur enfance à la suite de convulsions. Son père souffrait d'angine de poitrine et en mourut, sa mère était anémique et hystérique, une sœur hystérique et une autre migraineuse. La malade elle-même a souffert de convulsions dans son enfance, qui ne se répétaient que rarement et cessèrent quand elle avait un an. Souffrait depuis son enfance de constipation. Les accès de migraine apparurent à l'âge de 8 ans. Ils commençaient par une aura avec vision d'étincelles; les accès duraient deux ou trois heures et avaient les caractères habituels de la migraine simple. Régliée à 12 ans, les accès devinrent plus fréquents sans être très violents. Mariée à 21 ans; les couches étaient toujours très pénibles. A 30 ans : influenza. Pendant l'aura d'un accès de migraine, après l'influenza, on remarqua un trouble de l'intelligence chez la malade; elle croyait voir que des étincelles lui échappaient des deux yeux et c'était comme si un voile l'enveloppait. Elle ne se rendait pas clairement compte quelles étaient les personnes qui l'entouraient et ce qui lui arrivait. Elle s'arrêtait dans ses occupations sans pouvoir se rappeler ce qu'elle faisait et dans quel but. Son mari et ses enfants lui paraissaient étrangers. Tout le milieu lui paraissait singulier et pas habituel. La malade s'efforçait de comprendre ce qui lui arrivait et ne le pouvait pas. Cet état durait vingt à vingt-cinq minutes et passait en migraine, pendant laquelle la conscience restait confuse. Après trois ou quatre heures, la migraine se terminait par des vomissements; la malade recouvrait sa conscience sans se rappeler ce qui s'était passé ou n'en gardant qu'un souvenir vague et confus. Il arrivait aussi que tout l'accès se bornait à un état de trouble et de confusion, pendant lequel la malade donnait des réponses mal à propos et dénuées de sens aux questions qu'on lui adressait.

OBSERVATION LXVII. A. (Kovalewsky.)

V. C..., femme de 42 ans; père alcoolique; mère épileptique; grand'mère et sœur souffrant de migraine. Le premier accès de migraine remonte à la seizième année. La migraine survint chaque mois les deux

premières années; pendant les quatre années suivantes, elle n'eut pas du tout d'accès. Mariée à 20 ans à un ivrogne débauché, elle fut malheureuse. Les accès de migraine se renouvelèrent une fois tous les deux ou trois mois. Veuve au bout de trois ans, les migraines disparurent, faisant place de temps en temps à des accès d'anxiété pré-cordiale. Après deux ans, elle se remaria et fut heureuse. Elle eut de la goutte. Ses enfants, chétifs, lui donnèrent des inquiétudes. Les accès de migraines, légers, se répétèrent mais peu fréquemment. Le fils de la malade mourut à 14 ans du typhus. Le chagrin de la mère était infini. Les accès de goutte empirèrent de même que sa migraine. Pendant la période d'aura d'un de ces accès, elle tomba dans un état de trouble et de confusion. Un nuage lui obscurcissait la vue, elle semblait avoir perdu la raison, ne se rendait pas compte de son entourage, faisait et disait des choses dénuées de sens et finissait par avoir un accès de migraine. Pendant l'accès même, elle ne se rendait non plus clairement compte de ce qui se passait autour d'elle, quoique sa conscience était plus lucide que pendant l'aura. La migraine était tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche de la tête. L'accès passé, la malade ne se rappelait presque pas la période de l'aura qui durait trente à quarante minutes.

Ces deux cas rappellent un peu, dit Cornu, la plus légère forme d'amentia, ou l'état d'épilepsie, connu sous le nom de Dämmerzustand. Dans les deux cas, un traitement systématique de brome a fait disparaître cet état de confusion de l'esprit dans les accès de migraine; ces derniers continuaient, quoique beaucoup moins violents, grâce au traitement bromuré systématique, au train de vie régulier et à un certain régime diététique.

OBSERVATION LXVIII. A. (Kovalewsky.)

J. V..., 23 ans, célibataire, marchande. Père alcoolique, mère femme de mauvaise vie; la malade ignore tout de ses frères et sœurs. Les migraines commencent à l'âge de 8 ans. Depuis l'âge de 12 ans,

s'enivre jusqu'à être ivre morte. L'ivrognerie fut suivie de débauche. Les accès de migraine se répétaient assez souvent et étaient précédés d'aura, sous forme d'engourdissement de la moitié du visage, des lèvres et de la langue, mais sans difficulté de la parole. Voici deux ans que cette forme d'aura est remplacée par une anxiété extrême qui commence dans la région du front et passe en migraine dans trente à quarante-cinq minutes. Je n'ai vu la malade que deux fois.

OBSERVATION XLIX. A. (Kovalewsky.)

V..., 30 ans, maître de gymnase. Père mort de phtisie. Frères et sœurs morts pendant leur enfance à la suite de convulsions. Mère très excentrique, fit plusieurs fausses couches. Le malade a été un enfant très maladif et très chétif. Il apprenait très bien, mais était sujet à des obsessions et très soupçonneux. Il étudia à l'Université pour se préparer à la carrière scientifique. Il dut abandonner à la suite de différends avec son patron, et se fit maître de gymnase. A 20 ans, étant au 3^e cours de l'Université, il eut son premier accès de migraine. Les accès se répétaient presque chaque mois. Après une nuit sans sommeil, V... se leva ayant la tête lourde. Vers dix heures du matin, il fut pris d'un sentiment de peur folle, qui n'était motivée par rien. Il craignait quelque chose, était dans l'attente de quelque chose qui lui faisait peur, mais de quoi, il ne le savait pas lui-même. Cet état de crainte, de peur et en partie d'angoisse, fut remplacé après trente minutes environ par un violent accès de migraine. Depuis, chacun de ses accès de migraine était précédé d'aura sous forme de « panthophobie ».

Nous trouvons dans la littérature médicale, beaucoup de cas où les accès de migraine étaient accompagnés ou remplacés par des psychoses aiguës et transitoires, auxquelles on a donné le nom de psychoses migraineuses... Quelques auteurs sont d'opinion que ces cas étaient des psychoses épileptiques et qu'ils n'offraient rien qui donne droit de les nommer psychoses migraineuses, excepté la migraine qui les accompagnait. Kovalewsky cite alors les cas de Mingazzini, Krafft-

Ebing et Brakmann. De tout cela, il tire la conclusion suivante :

« Les affections mentales accompagnant la migraine sont très variées. Elles peuvent précéder la migraine, l'accompagner et la suivre. Les psychoses peuvent durer quelques heures, quelques jours, des semaines et des mois. Elles peuvent apparaître chez les personnes souffrant de migraines, indépendamment de cette dernière et sous forme de son équivalent. Les tableaux cliniques de ces aberrations mentales peuvent se manifester sous forme d'accès de colère, de manie transitoire, de mélancolie, d'apathie, de paranoïa, d'amentia, de confusion, d'hallucinations, d'idées fixes, de phobies, d'obsessions et d'impulsions. La particularité remarquable de ces aberrations mentales est qu'elles sont presque toujours accompagnées d'amnésie, passagère ou stable, ce qui les rapproche beaucoup des troubles mentaux de caractère épileptique. »

Horstmann rapporte deux cas curieux de migraine associée à des accès comitiaux. Une femme avait présenté des attaques épileptiques au moment des règles et des migraines pendant les grossesses, la lactation et la ménopause. Il y a là un rapport étroit entre ces symptômes et la vie sexuelle. Les migraines seraient des accès comitiaux mitigés à des époques où les phénomènes sexuels sont moins intenses qu'au moment des règles. Dans un deuxième cas, il s'agit d'un médecin ayant des accès migraineux suivis d'excitation génitale que le patient qualifie lui-même de « menstrues viriles », et qui ont aussi le cachet comitial. Horstmann rappelle les caractères qui rapprochent la migraine et l'épilepsie, tout en se refusant à conclure définitivement à leur identité de nature.

Kovalewsky, dans le *Moniteur des maladies mentales de Saint-Petersbourg*, revient sur le lien très intime qui unit ces deux maladies. « Dans certains cas, dit-il, la migraine et l'épilepsie peuvent se combiner l'une avec l'autre et se remplacer l'une l'autre. »

Sur les frontières de l'Epilepsie : la Migraine, tel est le titre que Gorden publie dans le *British medical journal* de 1906. Dans presque tous les cas étudiés par l'auteur, il y avait une aura sensorielle pendant les accès de migraine; quand cette dernière était remplacée par l'épilepsie, les accès épileptiques commençaient souvent par des paresthésies des membres d'un côté. Dans quelques cas d'épilepsie qui avait été précédée par la migraine, les accès épileptiques semblaient provenir et se développer d'un accès de migraine. L'auteur n'a vu qu'une fois la même aura précéder tantôt l'épilepsie, tantôt la migraine. On n'a pas le droit de dire que l'épilepsie et la migraine sont une même maladie; c'est à peine si on peut penser qu'elles sont des effets fonctionnels différents d'une même cause morbide, d'un état particulier de tension nerveuse.

Les psychiatres italiens étudient alors les troubles psychiques de la migraine. Vasco Forli estime que ces troubles psychiques ne sont pas sous la dépendance de la douleur. Quant à leur forme, ils peuvent affecter tous les champs de l'activité psychique; mais les phénomènes psycho-sensoriels prédominent de beaucoup, notamment du côté de la vue et de l'ouïe. Le caractère spécial des hallucinations migraineuses est de n'exercer aucune influence appréciable sur la conduite du malade. En ce qui regarde les rapports de l'hémicranie et de l'épilepsie, il est bien certain que ces maladies sont tout à fait différentes l'une de l'autre; mais il existe des hémicranies symptomatiques qui ne sont pas excessivement rares chez les épileptiques.

Guido Guidi décrit les symptômes psychiques prémonitoires de l'accès de migraine qui forment un tableau soit d'excitation soit de dépression. L'excitation se manifesterait par un besoin de parler, de s'agiter, de raconter des histoires drôles ou grivoises, de rechercher autour de soi des accidents comiques et de les faire valoir; en outre l'appétit de ces excités augmenterait jusqu'à la voracité. Les malades déprimés se montraient d'une irritabilité extrême; défiants envers tout le

monde, tristes sans cause, anxieux, pleurards, ils avaient une tendance à s'isoler. Ces altérations de caractère se rencontreraient dans 15 % des cas. L'auteur signale qu'il a constaté le glucose dans l'urine deux fois pendant l'accès douloureux; dans ces cas, la migraine et le glucose disparurent sous l'influence du régime.

Bioglio donne quatre observations nouvelles dans lesquelles on voit l'acmé des troubles psychiques, et en particulier les hallucinations coïncider avec l'acmé de la douleur. Chez un certain nombre de sujets qui présentent des troubles psychiques transitoires coïncidant avec les accès douloureux, on trouve des manifestations hystériques ou épileptiques. Mais d'autres malades ne présentent aucun symptôme qui puisse être rattaché à l'hystérie ou à l'épilepsie; ce sont de simples héréditaires. Les psychoses céphalalgiques ne sont donc pas de nature hystérique ou épileptique.

D'Abundo montre les substitutions, transformations et associations morbides dans les névropathies. Les deux premières observations concernent deux sujets atteints d'épilepsie, c'est-à-dire deux sujets susceptibles d'ajouter de nouvelles manifestations à leur névrose convulsive. Cette éventualité ne se produisit pas et, bien au contraire, l'épilepsie disparut pour faire place, chez l'un à un tremblement généralisé, chez l'autre à une maladie de Parkinson bien caractérisée. Dans deux autres observations, on voit la migraine remplacée une fois par l'asthme, une fois par la paralysie agitante.

Hubbell, étudiant les relations entre la migraine ophtalmique et l'épilepsie, dit que certains auteurs ont tenté de rapprocher les deux maladies; les preuves avancées sont peu convaincantes; les deux affections sont absolument distinctes.

En 1909, de Clérambault présente à la Société clinique de médecine mentale un malade sous le titre suivant : Migraine, aphasie ou parésie transitoires. Une seule attaque (éthylisme). Fugue inconsciente. Fugue consciente. Tendance au suicide.

OBSERVATION L. A. (de Clérambault.)

Le malade a présenté autrefois des symptômes rattachables à l'épilepsie larvée. Un jour, après toute une semaine de migraines, il a subitement cessé de parler; sa mère entre dans la chambre et l'interroge; impossible de répondre; il se met à pleurer. Cet état dure cinq heures.

Peu après, il fait une scène dans son ménage; un mois après cette scène, son irritabilité lui a fait quitter son emploi et, à la suite de libations, des troubles d'allure comitiale se produisent. Revenu dans sa ville habituelle, il boit et se réveille dans une chambre d'hôtel sans savoir comment il y est venu. Il se rappelait avoir marché, très surexcité, dans telle rue, et s'être senti tomber au moment où il passait le long d'un mur. Les souvenirs du mur et du commencement de chute sont nets.

La tendance au suicide s'est manifestée à diverses dates et sous deux formes. Tantôt il s'est agi d'intention raisonnée, et tantôt d'idée obsédante. C'est sous cette forme qu'elle est apparue tout d'abord à 17 ans. Il a été recommandé au malade de faire traiter ultérieurement par le bromure, comme étant de cause épileptique, ses migraines, et éventuellement d'autres malaises.

F. Lévy et P. Bauffe font paraître, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1910, une revue générale sur les migraines, où dominent les considérations pathogéniques. Néanmoins, la symptomatologie est indiquée, et en particulier les troubles nerveux de la crise de migraine. « Dans le domaine des organes des sens, les bourdonnements d'oreille, l'hyperacousie, l'hyperesthésie et les fourmillements, les troubles oculaires variés sont assez communs. » On a noté aussi des phénomènes moteurs, tels que tremblements, parfois même de véritables convulsions; et enfin de l'aphasie, soit simple aphasie d'expression sans troubles de l'idéation, soit aphasie totale d'expression et de compréhension. Ces troubles du langage peuvent coïncider avec une hémiplégie transitoire.

Otto Lerch est d'avis que la migraine hystérique, les vomissements périodiques et l'épilepsie sont des expressions différentes d'un même facteur étiologique. Il appuie son opinion sur sept observations personnelles.

Dans la *Revue médicale de l'Est*, Parisot étudie « Le rôle des modifications du liquide céphalo-rachidien dans la symptomatologie de diverses affections ». Il expose au point de vue clinique et expérimental les troubles survenant consécutivement à l'hypertension céphalo-rachidienne. Cette hypertension est capable d'entraîner divers symptômes généraux et neuro-moteurs dont les principaux sont la céphalée, la somnolence avec obnubilation cérébrale plus ou moins complète, les convulsions généralisées ou même localisées, quelquefois même un état vertigineux. Parmi les troubles sensoriels, les plus typiques sont les troubles oculaires : diminution de l'acuité visuelle, la diplopie, l'amaurose. Ces troubles s'amendent ou même disparaissent sous l'influence de la ponction lombaire (cas de Bernhardt, Widal, Vaquez, etc.). L'hypertension céphalo-rachidienne provoque des vomissements; expérimentalement, elle peut amener du relâchement des sphincters.

George E. Price rapporte, à la fin de 1910, l'observation des membres d'une famille de huit personnes dont sept sont migraineuses; des phénomènes sensitifs existent dans la moitié des cas, et dans l'un d'eux on observe une hémianesthésie de caractère organique; dans un autre cas, l'épilepsie coexiste avec la migraine.

H. Meige et E. Feindel ont écrit l'article « Migraine » dans la *Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale* parue en 1911. Ils insistent sur la migraine accompagnée. « Les accidents accompagnateurs de la migraine sont nombreux. On a noté plusieurs fois la paralysie faciale... quelquefois la peau d'une moitié droite de la face est le siège d'une infiltration qui rappelle celle qu'on observe souvent à la main des syringomyéliques (main succulente de Marinesco)... L'œdème palpébral a été noté par Mollendorf... Il est hors de doute que les crises

migraineuses s'accompagnent fréquemment de troubles vasomoteurs ou sécrétoires... L'aphasie transitoire migraineuse a été très bien analysée par Charcot... On connaît également depuis Piorry les accidents parasthésiques et parétiques signalés par les migraineux : fourmillements dans les membres supérieurs, engourdissement de la main, ébauche d'épilepsie sensorielle, parésie d'un bras. La plupart des crises migraineuses s'accompagnent de parésies palpébrales. Dans les cas plus sévères, il s'agit d'un véritable ptosis, qui peut devenir permanent et se compliquer d'autres paralysies oculaires, préluant à l'apparition de la migraine ophtalmoplégique. On a signalé aussi, quoique très rarement, des phénomènes palpébraux (Calmeil, Féré) et même des contractions des muscles de la face, du cou, des épaules (Kovalewsky). D'une façon générale, les troubles moteurs de la migraine accompagnée sont surtout paralytiques (parésies ou paralysies de la face, des membres, de la langue, des muscles oculaires), ce qui s'accorde avec l'hypothèse d'un déficit vasculaire passager. Dans la migraine ordinaire prédomine l'angio-spasme, qui diminue le volume des voies circulatoires et leur apport sanguin, et dont l'action sur les territoires nerveux est comparable à celle d'un processus ischémique par oblitération. De là, les phénomènes paralytiques. »

E. — *Travaux contemporains depuis Flatau*
(1912-1925).

L'excellente monographie de Flatau, si remarquablement documentée, me paraît aussi importante dans l'histoire de la migraine que le traité de Liveing. L'auteur est convaincu de la fréquence de la coïncidence des phénomènes comitiaux. Il l'a notée 36 fois sur 500, soit une proportion de 7,2 %. Flatau fait l'histoire des discussions entre les auteurs qui rapprochaient la migraine de l'épilepsie, et ceux qui séparaient les deux névroses. Spiller, Spitzer Hudovernig et Oppenheim, tout en tenant les deux formes indépendantes les unes des

autres, prirent cependant une position intermédiaire entre les deux partis. Le même différend existe au sujet des troubles psychiques. Doit-on trouver, avec Féré, Zacher, Sciamanna, Mingazzini, une liaison directe entre Migraine et Psychose, ou faut-il croire Krafft-Ebing qui y voit une forme d'épilepsie larvée ?

« La coïncidence de la migraine avec les manifestations épileptiques était depuis longtemps connue, et cependant ce fait était considéré, jusqu'à ces dernières années, comme une manifestation parallèle et indépendante. Plus on analysait les cas de migraines, plus on remarquait comme une seule et même chose, la concordance des manifestations migraineuses et épileptiques. »

Flatau étudie, avec observations à l'appui, les cas où la migraine apparaît d'abord, et plus tard les accidents épileptiques.

« Dans une autre série de cas, dit l'auteur, la migraine se développe en même temps que l'épilepsie, les deux syndromes se mélangeant l'un et l'autre. »

Plus loin, l'auteur écrit : « Aussi bien d'après mes recherches que d'après les recherches étrangères, j'ai acquis la conviction que, plus un cas s'approche par ses symptômes de la migraine ophtalmique et particulièrement de ses formes associées, plus le danger d'une complication par les manifestations épileptiques est à redouter.

A côté des cas où les manifestations migraineuses et épileptiques évoluent à des époques différentes, mais isolées et présentant un rapport clinique plus ou moins net, il y en a d'autres où l'apparition des deux névroses se fait en contact plus étroit. On peut constater d'abord que l'hémicranie et l'épilepsie, séparées pendant un certain temps, se rapprochent avec le temps et finalement se fusionnent si étroitement que les deux syndromes semblent liés l'un à l'autre. On peut décrire cette forme sous le nom de migraine-épilepsie.

Lambranzi cite le cas d'un paysan qui souffrait de migraine

depuis son enfance et chez lequel, à 28 ans, apparurent des attaques épileptiques. Depuis ce temps, la migraine précédait souvent l'attaque épileptique. Hudovernig cite une femme de 37 ans qui eut à 14 ans une attaque épileptique. Ces attaques se renouvelèrent, puis il y eut une période de calme de cinq ans, après laquelle les attaques réapparurent presque chaque semaine. Alors se montrèrent pendant neuf ans des attaques de migraine avec, de temps en temps, des symptômes ophtalmoplégiques. A 30 ans, elle eut une courte attaque de migraine, et quelques heures plus tard une courte perte de connaissance avec convulsions.

On doit avouer que des cas de la sorte sont très rares. Plus souvent, on rencontre des malades chez lesquels une attaque épileptique se développe pendant l'attaque de migraine et à l'acmé de celle-ci; puis des cas où les symptômes migraineux et épileptiques sont si étroitement liés dans la même attaque qu'il devient difficile de séparer les composantes du tableau clinique; puis d'autres cas encore où les manifestations hémicraniques prodromales précèdent les manifestations épileptiques; et au contraire ceux où les symptômes épileptiques sont le prélude d'une migraine.

J'ai pu observer chez six malades l'apparition d'une attaque épileptique au cours de la migraine (parmi trente-six cas combinés à l'épilepsie). Ces faits se rencontrent en général chez des personnes qui n'étaient pas épileptiques dans leur enfance, mais avaient souffert de migraine soit depuis leur enfance, soit seulement plus tard. Les manifestations épileptiques apparaissaient pendant les plus fortes attaques. Ces cas se rencontrent aussi bien chez des personnes qui ont souffert de migraine ordinaire que chez celles qui présentent de la migraine ophtalmique. Dans la famille de ces malades, on trouve parfois de l'épilepsie. C'était le cas d'une femme de 48 ans qui avait souffert autrefois de migraine et qui, souvent, pendant une telle crise, perdait connaissance et tombait en convulsions. On trouve des cas semblables chez Antonelli, Gowers, Krafft-Ebing, Cornu, Oppenheim, etc...

OBSERVATION LI. A. (Gowers *in* Flatau.)

Une femme de 38 ans souffrait depuis sa sixième année de maux de tête périodiques. Quand les douleurs parvenaient à leur paroxysme, il se produisait une sensation partant de l'épigastre vers la tête, la malade devenant incapable de voir, de parler, de comprendre, entendant les mots seulement comme des sons. Quand la sensation disparaissait, elle commençait à voir et à parler, mais prononçait d'abord les mots de travers. Il y a cinq ans, cet état se transforma en une attaque épileptique bien prononcée : comme les douleurs de tête atteignaient leur maximum, elle perdait connaissance, tombait en convulsions généralisées avec morsure de la langue et émission d'urines.

OBSERVATION LII. A. (Krafft-Ebing *in* Flatau.)

Femme de 43 ans souffrant de migraine depuis la puberté. Pendant les quatre derniers mois, elle commence à souffrir de migraine ophthalmique avec crise épileptique classique au summum de l'attaque.

OBSERVATION LIII. A. (Krafft-Ebing *in* Flatau.)

Homme de 34 ans souffrant de migraine ophthalmique depuis l'âge de 20 ans. Des crises épileptiques (perte de connaissance, convulsions cloniques et toniques, morsure de la langue) se montraient au plus fort des attaques.

OBSERVATION LIV. A. (Krafft-Ebing *in* Flatau.)

Ecolier de 14 ans présentant depuis l'âge de 9 ans un scotome scintillant devant l'œil droit et une migraine droite.

Depuis quatre ans se manifestent des attaques épileptiques liées aux fortes crises de migraine. Les attaques épileptiques cédèrent au bromure de potassium et à l'antypirine. Il resta seulement quelques mois sans migraines ophthalmiques.

J'ai pu, pour ma part, observer des faits analogues (épilepsie fruste) pendant des crises de migraine.

Dans d'autres cas les manifestations migraineuses et épileptiques se mélangent, comme déjà dit, dans une seule et même attaque, si bien qu'il devient difficile et même impossible de les séparer les unes des autres. Féré observa un homme de 43 ans, qui rentre dans cette catégorie. Dans une autre observation de Féré, les manifestations migraineuses et épileptiques se mélangeaient depuis le début. C'est celle d'une femme de 54 ans qui présentait en même temps que des accès de migraine ophthalmique une crise d'épilepsie jacksonienne durant une minute.

Il faut faire mention spéciale des manifestations prodromiques qui présentent soit un caractère migraineux et précèdent une attaque épileptique, soit un caractère épileptique et évoluent comme prélude d'une attaque hémicranienne. »

Flatau cite alors les faits de Tissot, Maisonneuve, Cornu, Robiolis, Charcot et Krafft-Ebing.

« On trouve un cas intéressant et important dans les statistiques de Strohmayer.

OBSERVATION LV. A. (Strohmayer in Flatau.)

Un homme de 24 ans a eu, à l'âge de 14-15 ans, les crises suivantes : (Type A) : Céphalée violente, scotome scintillant, parole embrouillée. Durée une heure, puis sommeil. Pas de nausées ni de vomissements. Pas d'amnésie. Après trois ans environ, les crises se modifient (type B) : sensation semblable à des courants électriques à travers le corps, avec angoisse et battements de cœur, visage pâle, pupilles dilatées; sueurs; salivation, connaissance conservée. Dans la suite : lassitude et dépression. Soudain apparut à la fin des crises du type A, la première attaque épileptique typique avec convulsions, morsure de la langue, amnésie. Ces grandes crises se répétèrent plus tard. Les crises du type A furent considérées comme des attaques atypiques hémicraniques avec aura visuelle sensorielle et aphasie; les crises du type B, comme des attaques épileptiques larvées sans perte de connaissance avec troubles vaso-moteurs purs.

On rencontre rarement des cas où une crise épileptique se termine par la migraine. »

Dans l'observation de migraine ophthalmique rapportée par Froment et Genet à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, en mai 1913, on remarque plusieurs passages intéressants :

Vers l'âge de 14 à 15 ans, le malade aurait eu de véritables crises épileptiques nocturnes, avec morsure de la langue, écume et perte du souvenir de l'attaque. Le malade, un jour de migraine, assis à la table de son restaurant, présenta le curieux phénomène que voici : le regard fixé sur le menu qu'on lui présentait, il lisait des mots sans les comprendre, et enfin, de guerre lasse, il jeta un mot quelconque au garçon qui attendait ses ordres, ignorant absolument ce qu'il allait lui apporter. Mais, ajoutent les auteurs, ce trouble de la compréhension de signes du langage est peut-être un peu suspect chez un névropathe.

Dans les conclusions de la thèse de Muselli, inspirée par Régis, on lit : « Ces états psychopathiques... sont de même semblables à ceux qui accompagnent les paroxysmes moteurs, surtout convulsifs (épilepsie). Et il peut y avoir une telle identité entre eux que le diagnostic différentiel peut paraître impossible

Il y a donc une seule manière de réagir aux « orages nerveux » (Féré), que l'orage affecte la sphère motrice ou sensitive. Discuter si la migraine est une forme d'épilepsie ou certains phénomènes moteurs de nature migraineuse, ou si une névrose peut engendrer l'autre, n'a pas de sens. « Une névrose, dit Krafft-Ebing, ne peut être regardée comme l'agent provocateur de l'autre; elles doivent être rapportées à un commun changement cérébral, différent d'intensité et d'étendue, » surtout de localisation.

D'autre part, les équivalents psychiques tant décrits de l'une comme de l'autre névrose : fugues, impulsions, obsessions, etc., et qui leur sont si nettement communs, ne doivent pas être considérés, suivant le cas, comme d'origine épilepti-

que ou migraineuse, ce qui peut créer des problèmes insolubles au cas de coexistence d'états anxieux, hémicraniques et convulsifs par exemple, mais simplement comme des troubles élémentaires révélateurs du fond dégénéré, relevant de lui, de lui seul; l'accès hémicranique ou épileptique, accompagné ou non des états psychopathiques décrits ici, étant considéré comme la manifestation extrême de cette tare fondamentale.

En 1914, Waterman reprend la discussion des relations entre l'épilepsie et la migraine; il expose les opinions contradictoires à cet égard, et apporte une contribution personnelle qui lui semble établir la réalité d'un rapport existant entre les deux affections.

L'opinion des classiques est représentée à cette époque par Déjerine, qui envisage ainsi la question de la migraine accompagnée : « L'accès migraineux, dit-il, se complique parfois d'autres phénomènes d'ordre nerveux, de troubles sensitifs, de troubles moteurs, et même de troubles intellectuels. Parmi les troubles sensitifs, les plus importants intéressent la vision (migraine ophtalmique)... On peut observer d'autres phénomènes sensitifs, des sensations d'engourdissement, des picotements, des anesthésies, des hyperesthésies limitées à une extrémité ou étendues à tout un côté du corps. D'autres troubles moteurs également unilatéraux, moins caractéristiques et moins fréquents, ont été signalés : tremblements, convulsions, paralysies plus ou moins complètes atteignant la face, les membres : hémiplegie et aphasie, amnésies transitoires, etc., mais ils ne s'observent pas dans la migraine banale des arthritiques, on ne les rencontre que dans les pseudo-migraines, dans les céphalées relevant de l'urémie, du diabète ou des lésions de l'encéphale et des méninges. Enfin, on a décrit une migraine accompagnée de paralysie de la troisième paire. »

Il faut attendre les derniers mois de la guerre pour voir reparaitre dans la littérature médicale des travaux sur la migraine accompagnée. J. Sicard et H. Roger font, en juil-

let 1918, une communication à la Société médico-chirurgicale de la XV^e région. Les états migraineux, disent-ils en substance, lorsqu'ils sont associés à des troubles moteurs, peuvent être des migraines arthritiques simples ou constituer les symptômes de début d'une lésion méningo-encéphalique. La ponction lombaire tranche le diagnostic et fournit un élément précieux pour le pronostic, très différent suivant qu'on a affaire à l'une ou l'autre affection. Le malade présenté par les auteurs était atteint de migraine avec obnubilation visuelle, troubles sensitivo-moteurs du bras gauche et sensations parasthésiques des lèvres. L'analyse du liquide céphalo-rachidien, qui se montra normal, permet de porter un pronostic rassurant.

L'article de Sicard, dans le traité de médecine de Sergent, définit ce que l'auteur entend par migraine accompagnée. On y lit, en effet : « La migraine peut également se compliquer de troubles sensitivo-moteurs avec ou sans aphasie. C'est la migraine « compliquée » ou « accompagnée... ». L'auteur insiste alors sur le fait que la migraine « aphasique » ou « hémiplégique » est une modalité nosologique rare. Il donne ensuite la description de l'aphasie migraineuse transitoire d'après Charcot.

« Souvent, chez l'aphasique migraineux, se surajoutent des paresthésies, de l'engourdissement, de la faiblesse des membres du côté droit du corps. J'ai observé, ajoute-t-il, un malade dont l'accès de migraine accompagnée était si violent qu'il survenait parfois une période comateuse avec abolition complète du mouvement et de la sensibilité d'une durée de plusieurs heures, avec restitution normale-intégrale consécutive. Ces crises de « migraine comateuse » s'étaient renouvelées cinq ou six fois dans l'espace d'une dizaine d'années... »

J.-A. Buchanan, de New-York, fait, en 1921, une étude statistique d'où ressortent les connexions de l'épilepsie et de la migraine. Un grand nombre d'épileptiques (29 % dans la série actuelle) sont migraineux, et les deux conditions alternent ou se superposent; 75 % des épileptiques sont issus d'un

père migraineux ou d'une mère migraineuse, dans les familles où il y a des enfants épileptiques, on compte 68 % d'enfants épileptiques et 20 % de migraineux.

H. Claude envisage dans son traité des maladies du système nerveux, la migraine accompagnée sous ses différents modes : « La migraine peut s'accompagner de troubles plus ou moins caractérisés de divers organes (migraine accompagnée), c'est ainsi qu'on peut voir survenir des troubles intestinaux, des troubles rénaux (albumine), vésicaux, des manifestations nerveuses (aphasie transitoire, engourdissement d'un membre, secousses musculaires), des troubles psychiques (état confusionnel, manifestations anxieuses, dépression, délire, hallucinations (migraine psychique)... Chez certains malades on peut observer, alternant avec des crises de migraine typique, des crises caractérisées par la cécité complète d'un œil et une aphasie transitoire complète ou incomplète; et généralement ce dernier symptôme est de plus courte durée que le trouble oculaire (Charcot). Quelquefois, une parésie du membre supérieur avec engourdissement, et même quelques secousses rapides ont pu être observées. Ces formes sont à rapprocher des équivalents comitiaux et restent d'un diagnostic toujours très délicat, et les rapports étroits qui unissent la migraine et l'épilepsie (migraine-épilepsie) ont fait l'objet de remarques des plus intéressantes de nombre d'auteurs (Charcot, Féré, Gowers, Krafft-Ebing, Binswanger, Flatau).

A.-R. Moodie publie en 1922, dans le *British medical journal*, une observation intéressante de migraine accompagnée d'accès épileptique.

OBSERVATION LVI. A. (Moodie.)

Homme d'affaires de 52 ans qui vint consulter le 16 août 1921 parce qu'il souffre de fréquents accès de maux de tête avec éclairs devant les yeux qui empêchent la vision. En 1915, le malade a eu une maladie sérieuse avec hémiparésie, hémiopie et accès. Il prenait alors du luminal pour régulariser les accès. Le Dr Whyte, mé-

decin de la famille permit de reconstituer l'observation complète. Le 13 juillet le malade se plaignait de mal de tête. Les yeux paraissaient enflammés. Le jour suivant, après le golf, il était très fatigué et bâilla beaucoup. Pendant la nuit il fut très délirant. Deux jours après, il présentait de la céphalée et des vomissements. Température 100° (F.). Le 5 juillet, il y eut une paralysie motrice complète du bras et de la jambe droite, avec abolition de la sensibilité sur le même territoire. Température normale, pouls à 60. Les pupilles réagissaient à la lumière. Le jour suivant on nota une paralysie de la partie inférieure de la face à droite. Le 12 juillet la sensibilité était revenue. On découvrit l'hémianopsie, et le patient divagua un peu dans ses propos. Deux jours après, il y eut un autre intervalle délirant. Alors l'état du malade s'améliora car le 2 août, un mois après le début de sa maladie, il commença à remuer ses doigts et on remarqua qu'il avait l'esprit lucide depuis une quinzaine. Le 20 août il y eut un accès épileptique. Dans la suite il en vint à connaître qu'un accès était imminent, car il se sentait lui-même incapable d'exprimer ce qu'il avait besoin de dire et devenait confus. A cette date du pus et du sang apparurent dans l'urine. Le 27 août, l'hémianopsie était encore là. L'ouïe était faible des deux côtés. La glycosurie persista jusqu'au milieu de l'année suivante; il n'y eut pas d'hémianopsie en décembre 1916. En février 1916 : second accès; d'autres survinrent à intervalles. Le dernier accès survint en septembre 1920 quand on le mit au luminal. En septembre 1917, la pression sanguine était de 150 millimètres de mercure. Le malade avait repris son travail, mais sa mémoire était encore pauvre pour les événements récents. Il assura que cette maladie suivait depuis plusieurs années un gros tracàs d'affaires. En août 1920 le malade avait eu une lueur colorée devant les yeux, d'abord à droite. Elle revenait toutes les cinq à dix minutes et « prenait toutes les couleurs de l'arc-en-ciel ». Le mal de tête commença au-dessus de l'œil gauche et gagna le côté gauche de la tête. La réaction de Wassermann dans le sérum était négative.

L'auteur ajoute que « ce cas est apparemment un type de migraine ophtalmique avec scotome scintillant. L'associa-

tion avec l'accès épileptique est rare. Whyte et Mac Intosh qui virent le cas en mai 1916 pensèrent que la maladie, à cette époque, était probablement due à une lésion de thrombose affectant le côté gauche du cortex. La récente crise de migraine semblerait due aussi à des troubles vasculaires; portant sur le cortex à gauche, mais de degré et de distribution plus légers.

L'hémianopsie pourrait ici être rapportée à une interruption temporaire des branches de l'artère cérébrale gauche postérieure, qui nourrit la lèvre supérieure de la scissure calcarine et la partie antérieure de la lèvre inférieure. Il semble donc que l'association à la migraine d'accès épileptiques dans ce cas, soit basée sur une relation pathologique. »

Phillips, l'année suivante, s'élève contre la parenté de la migraine et de l'épilepsie. Il estime que les troubles cardiovasculaires qui déterminent l'aura, la céphalée, les symptômes ophtalmiques de l'accès de migraine typique peuvent produire un type différent d'aura avec convulsion; c'est une erreur d'appeler ceci de l'épilepsie.

La thèse de Madame Weismann apporte quelques considérations sur la migraine accompagnée. L'auteur, dans sa classification, sépare les migraines paresthésiques et parétiques de la migraine aphasique, de la migraine comateuse et de la migraine avec troubles psychiques. Traitant des formes cliniques selon les associations, Madame Weismann écrit : « Parmi les associations rencontrées, une nous semble d'un intérêt particulier : c'est celle, assez fréquente, de crises migraineuses et de crises épileptiques. On sait qu'à l'inverse de Lasègue qui niait tout rapport entre migraine et mal comitial, Féré n'était pas loin d'admettre leur identité. Pour cet auteur, la migraine ophtalmique surtout devrait être considérée comme une forme d'épilepsie sensorielle. » Madame Weismann rapporte alors une observation de Souquet et Mlle Dreyfus-Sée intitulée: « Un équivalent épileptique sous forme d'amaurose monoculaire ». Les auteurs pensent que les accès

d'amaurose monoculaire sont des équivalents de la crise comitiale parce que la malade est épileptique et que les accès d'amaurose ont disparu sous l'action du gardénal. Parallèlement, les crises convulsives comitiales ont presque complètement disparu.

Ce long chapitre sera terminé quand j'aurai analysé le remarquable article de Debré paru dans le *Journal des praticiens*, du début de l'année 1923. En étudiant la migraine chez l'enfant », l'auteur la compare à la migraine de l'adulte. A cette occasion la migraine accompagnée se trouve parfaitement résumée. Toutes ses formes sont notées : l'aphasie ou la dysarthrie transitoire; l'hémi-parésie avec engourdissement des membres supérieur et inférieur; les phénomènes psychopathiques (sensation d'inquiétude, d'angoisse ou de sensations un peu spéciales de choses déjà vues, déjà entendues, sensation d'éloignement des objets, de rapetissement, etc.); la torpeur profonde parfois comateuse. L'auteur ajoute que « ces différents phénomènes nerveux, qu'on peut trouver chez les grands enfants à l'état d'ébauche, n'ont pas une fréquence et une importance comparables à celle des vomissements qui constituent, avec la céphalée, le syndrome essentiel de la migraine dans le jeune âge... Un diagnostic souvent délicat est celui de la crise de migraine avec certains phénomènes qui sont des équivalents de l'épilepsie. L'épilepsie larvée discrète est fréquente et certaines crises très voisines de la « migraine idiopathique » constituent un équivalent. Le sujet a une sensation de vertige, de chute avec malaise, nausées, vomissements, et une céphalée plus ou moins marquée. Cet ensemble peut réaliser une crise de migraine simple ou un équivalent épileptique. Il faut donc penser au diagnostic. Mais penser à un diagnostic n'est pas le résoudre et il est parfois très difficile à poser, car, tout en attirant votre attention sur ce problème je ne peux vous donner les éléments décisifs d'un diagnostic différentiel pas plus clinique que biologique. Il est évident que si l'enfant présente des troubles psychopathiques, des fugues, des crises convulsives,

le diagnostic est facile, mais dans quelques cas, l'enfant qui a une crise d'épilepsie n'a pas encore tous les signes habituels et caractéristiques de cette affection ». Au point de vue du traitement, Debré préconise les calmants habituels, le bromure, le gardénal, la peptonothérapie, le carbonate de soude intraveineux.

* La migraine est plus que jamais à l'ordre du jour. La VI^e Réunion Neurologique Internationale discutera très prochainement les rapports de Viggo Christiansey et de Pasteur Vallery-Radot sur les caractères cliniques et la pathogénie de la migraine.

CHAPITRE III

LA MIGRAINE ACCOMPAGNÉE D'EPILEPSIE

Observations nouvelles.

OBSERVATION I. N.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Abadie.)

Paul X..., 40 ans, vient en février 1902 consulter le docteur Abadie, se plaignant de migraines accompagnées de troubles oculaires avec perte de connaissance.

Les parents n'ont jamais rien éprouvé d'analogue; ils jouissent d'ailleurs d'une excellente santé.

Le malade signale vers l'âge de 3 ans, puis à 6 ans, enfin de 8 à 11 ans, des abcès volumineux siégeant à la jambe droite puis à la racine de la cuisse gauche en dedans, enfin au niveau du cou de pied et au poignet droit. La cicatrice de ce dernier abcès est encore visible. Il raconte ainsi son histoire :

« A l'âge de 11 ans et demi environ, en jouant aux quilles, j'ai reçu à la tête, près de la tempe (je ne sais si c'était à droite ou à gauche), un coup de morceau de bois brut, dont on se sert pour tomber les quilles et qui ne pèse pas moins d'un kilo. Au moment du choc je fus étourdi et cela dura pendant quelques minutes. Il me sembla alors que ma tête tremblait comme dans les crises que je devais avoir plus tard. Quelque temps après, vers l'âge de 12 ans environ, en jouant aux boules au sortir de l'école à six heures du soir, je fus aveuglé par un petit point obscur devant mes yeux, qui m'apparut comme un nuage noir qui me fermait complètement la vue. Un autre jour, en allant à l'école, à huit heures et demie du

matin, je lançais des sous en l'air avec mes camarades, et je me rappelle très bien qu'en levant la tête pour voir retomber les sous, mes yeux fixèrent le soleil en plein, ce qui me donna aux yeux des lueurs comme des étoiles ou des éclairs et je perdis connaissance. Cet évanouissement dura cinq à six minutes environ. De huit à quinze jours après, j'eus une grande crise qui commençait par une vraie étoile que je voyais fixe devant mes yeux, et qui devenait double lorsque je commençais à perdre connaissance. Ces étoiles allaient en grandissant, et prenaient une dimension si grande qu'elles finissaient par m'envelopper complètement. Alors, ma tête se mettait à trembler comme si elle avait été mue par un ressort. Ces étoiles avaient plusieurs couleurs que je ne pouvais distinguer, mais qui me rappelaient l'arc-en-ciel; elles disparaissaient et réapparaissaient simultanément. Les couleurs que j'ai le plus remarquées étaient le rouge, le jaune, le bleu, couleur d'éclair ou encore de flamme rouge. Parfois, ces étoiles s'arrêtaient net au bout de quelques instants sans qu'une grande crise ne survienne; ne s'accompagnant d'aucune souffrance; mais il m'arrivait d'avoir de grosses crises dans lesquelles les étoiles persistaient. Dans ces dernières crises je me mettais à pleurer; et, au moment où je perdais connaissance, je criais de toutes mes forces parce que j'avais peur. Après la crise, je souffrais de grands maux de tête et j'éprouvais l'envie de dormir. Après avoir dormi, je ne me ressentais plus de rien; je me rappelais de tout. Parfois les grosses crises survenaient pendant l'après-midi ou même la nuit; mais généralement, c'était le matin vers dix heures qu'apparaissaient les crises. Elles revenaient environ tous les quinze jours et principalement aux époques des nouvelles lunes. Les petites crises survenaient à intervalles très variables. Je passais parfois plusieurs jours sans en avoir; et d'autres jours j'en avais cinq, six et jusqu'à huit dans la journée. Enfin, les grandes crises comme les petites étaient très variables. Les petites crises que j'ai toujours sont encore variables, mais elles ne commencent pas comme les crises d'autrefois qui s'annonçaient, petites ou grandes, par des étoiles : Elles commencent par un trouble qui se fixe devant mes yeux pendant quelques instants. Quand cela persiste un peu, je m'affaiblis de partout; puis enfin, cela s'arrête tout d'un coup. Cela me vient par périodes.

» Pour en revèir aux débuts de ma maladie, j'ai souffert de grandes et de petites crises de l'âge de 12 ans jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans. Je suivis un traitement au bromure de potassium de Henry Mure; et à partir de ce moment tout semblait avoir cessé. Cependant, après sept ou huit mois de calme, des petits troubles me revinrent aux yeux par intervalles et à des époques quelquefois très éloignées. Ces petites crises ou menaces presque insignifiantes ne m'ont jamais fait perdre connaissance.

» Entre 1880 et 1895, de 18 à 33 ans, j'ai été sérieusement menacé tous les deux ou trois ans, par périodes très variables. Cela commençait par la menace d'une grosse crise; puis elle s'arrêtait brusquement; et ensuite j'étais menacé toute la journée, tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, ou toutes les heures. J'avais ainsi huit, dix, douze et quinze menaces de quelques secondes presque toujours aux mêmes heures. Cela me prenait habituellement par un nuage ou un point noir qui obstruait ma vision. Quelquefois cela se changeait en un ensemble de plusieurs nuances : rouges, jaunes, roses ou vertes. Cela s'effaçait si brusquement que je ne pouvais pas bien les distinguer.

» Par périodes j'ai pris assez souvent des bromures. De 1888 à 1890, le docteur Gélinau me prescrivit lui-même ses dragées. J'en prenais une moyenne de deux à cinq en augmentant et diminuant, car à ce moment j'avais encore été menacé. Environ trois ou quatre ans après, en 1894, je fus consulter le docteur Charcot. Il m'ordonna son polybromure que je pris pendant deux ou trois ans de la manière suivante :

» Tous les soirs en me couchant, les trois premiers jours de la semaine, une cuillerée à café dans un peu d'eau; les trois autres jours deux cuillerées et le septième jour trois cuillerées. Pendant deux semaines j'augmentais d'une cuillerée par soir et diminuais ensuite en sens inverse.

» Pendant l'été de 1895, j'allai consulter le docteur Pitres. Je lui confiai que j'avais peur d'avoir une tumeur parce qu'une femme de ma connaissance avait une tumeur abdominale. Je souffrais souvent de petites menaces insignifiantes. Cependant, à deux ou trois reprises j'ai été sérieusement menacé, toujours par un nuage ou un point

noir m'obstruant la vue et me donnant une grande faiblesse générale. Par intervalle je prenais toujours un peu de bromure de potassium (de deux à quatre grammes par jour).

Ces dernières années, les crises me prenaient par un grand trouble aux yeux. Ce ne sont pas de vraies étoiles comme autrefois; et quand cela persiste, une grande faiblesse me saisit de la tête aux pieds; et quelquefois un petit tremblement nerveux m'agite. Parfois il est remplacé par un craquement de dents. Cela ne se présentait que lorsqu'il y avait menace d'une grande crise, rarement par conséquent. J'avais quelquefois des maux de tête et aussi quelquefois des lueurs aux yeux de la dimension d'une pièce de cinquante centimes nuancée d'une infinité de couleurs d'arc-en-ciel par exemple, et cela disparaissait. Cela représente un peu les lueurs que l'on garde un instant avant d'avoir fixé le soleil. J'ai remarqué que les menaces de ces petites crises sont très fréquentes en temps d'orage. J'ai fait aussi les remarques suivantes : Quand je tourne les yeux à droite ou à gauche et surtout dans l'obscurité, j'aperçois des lueurs comme des étoiles étincelantes qui dansent à côté de mes yeux, qui vont et qui viennent pareilles aux petites crises que j'ai eues autrefois. J'ai noté également que pendant une menace de crise, j'avais mon côté gauche pris comme par une sensation de faiblesse durant quelques instants seulement. Il m'arrive souvent quand je regarde en l'air de remarquer, de voir une agglomération de petits vers ou de tout petits serpents qui se meuvent dans tous les sens les uns autour des autres. Ces vers ou ces petits serpents sont d'une couleur lumineuse et phosphorescente. Cela a presque toujours existé chaque fois que j'ai voulu regarder en l'air.

» J'avais cessé tout traitement depuis deux ou trois mois, lorsque le dimanche 25 janvier 1902, à dix heures et demie du matin, je fus très sérieusement menacé d'une attaque. Elle commença par un point bleu ou jaune large comme une pièce de un franc qui allait et venait devant mes yeux. Elle se changea bientôt en une forme d'étoile de plusieurs nuances : rouge, vert, jaune, violet, etc. Cette étoile s'effaçait et revenait si vite que je ne pouvais pas très bien distinguer les nuances; ce qu'il y a de certain, c'est que le rouge dominait. Au bout de trois au quatre minutes, cette forme d'étoile se

changea en arc-en-ciel zigzagant, les couleurs changeant de minute en minute, puis, tout à coup, cela cessa brusquement, et j'évitai la perte de connaissance.

» Autrefois les étoiles couraient du côté gauche. Dans les dernières crises, au contraire, elles se tiendraient un peu du côté droit.

» Aussitôt cette menace, je fus chez le docteur qui m'ordonna une potion de 75 grammes de bromure de potassium dans 500 grammes d'eau distillée. Le même jour, j'en pris deux cuillerées à soupe avant les deux principaux repas; et le jour suivant une seule avant chaque repas.

» Deux jours après, vers huit heures du soir, après mon dîner, je fus menacé d'une crise semblable qui dura pendant dix à douze minutes. L'arc-en-ciel ne parut pas cette fois-là, mais j'éprouvai autant de peur que pour la crise précédente.

Le lendemain, mercredi 28 janvier, je fus voir le docteur Pitres qui m'ordonna la potion suivante :

Bromure de potassium	50 grammes.
Bromure de sodium	25 grammes.
Bromure d'ammonium	25 grammes.
Eau distillée	1000 cc.

» Pour expliquer l'apparition de mes crises je ne trouve aucune imprudence. Peut-être surviennent-elles après un peu de surmenage ou une contrariété. Presque chaque fois que j'ai eu des relations intimes, j'ai été menacé d'une nouvelle crise; et je recourais alors au traitement bromuré.

» Malgré ces crises, l'appétit a toujours été très bon, et je ne me suis jamais alité.

» Je reconnais cependant que cela m'a beaucoup énervé. »

OBSERVATION II. N. (Inédite.)

Fernande G..., 48 ans, vient à la consultation des maladies du système nerveux (professeur Pitres), le 16 août 1902, se plaignant de crises nerveuses et d'un mal de tête unilatéral.

La mère n'a jamais présenté de crise convulsives. Le père, mort

à 53 ans du cancer des fumeurs, fumait et buvait beaucoup; il était vraisemblablement syphilitique. Les grands-parents morts âgés, n'étaient pas névropathes.

La malade, nourrie au sein maternel a eu, à l'âge de deux mois, une seule crise convulsive. Elle a été à l'école de 4 à 16 ans. Réglée à 15 ans, ses menstrues ont toujours été irrégulières.

Dès son enfance, la malade a souffert de fréquents maux de tête. Ceux-ci survenaient presque toujours le jour. La douleur, qui siégeait surtout du côté gauche, était accompagnée d'une injection conjonctivale intense.

Il y a deux ans, sans cause apparente, la malade a présenté, le matin au lever, une crise convulsive. Depuis, les crises se sont reproduites presque toujours la nuit ou le matin. La malade pousse plusieurs cris. Elle a peur, appelle « Maman », mais ne sent pas venir sa crise. Alors, apparaissent des convulsions cloniques; la tête se tourne vers la droite. Il y a morsure de la langue et écume aux lèvres. Une fois, il y a eu miction involontaire. La malade ne garde pas le souvenir de sa crise. Depuis l'apparition des crises, la céphalée gauche est devenue plus intense.

Depuis cette époque, la mère a remarqué un changement dans le caractère de sa fille : Celle-ci est devenue insouciante; mais par moments elle est sujette à des accès de colère, et elle bat alors sa mère au moindre propos. Son regard est souvent hébété; elle lit et écrit difficilement, et sa mère a dû renoncer à lui faire apprendre l'état de sage-femme qu'elle exerce elle-même.

Examen. — Voûte palatine ogivale; adhérence du lobule de l'oreille droite; battement des paupières sans tremblement vrai. Pas de tremblement des doigts.

Traitement. — Bromure de potassium.

Revient le 10 janvier 1903. — Souffre toujours de la tête, principalement du côté gauche. Elle est toujours sujette à des attaques de nerfs, au cours desquelles on ne note plus de morsure de la langue ni d'incontinence d'urine. La malade ne sent jamais venir les crises, qui ont d'ailleurs diminué depuis qu'elle prend du bromure.

Traitement. — On augmente la dose de bromure à 75 grammes pour 1000.

OBSERVATION III. N. (Inédite.)

T..., 36 ans, caissier, vient à la consultation des maladies du système nerveux (professeur Abadie), le 27 janvier 1906.

Le malade souffre de la tête depuis l'âge de 17 ans. Chaque accès se déroule de la façon suivante : Le malade remarque que sa vue baisse; après un moment de scintillement, il ne voit plus que la moitié horizontale des objets qui l'entourent. Ces troubles visuels durent pendant dix minutes environ. Alors, apparaît une sensation d'engourdissement à la main. Elle gagne la tête du côté opposé à celui de la sensation pénible de la main. Rien d'anormal aux membres inférieurs. Les maux de tête caractérisés par une sensation d'étau qui serre le crâne accompagnent l'accès, et persistent pendant deux jours. Pendant l'accès, le malade a quelques vomissements.

En temps habituel le malade ne digère pas très bien. Il a remarqué qu'il ne souffre pas autant le dimanche. Ce jour-là, il est libre et va toujours se promener à la campagne.

Il a suivi plusieurs traitements sans succès : pilules Moussette, quinine, phénacétine, électricité. Seul, le bromure l'a soulagé. La douleur de tête est devenue presque quotidienne.

Traitement : Bromure de potassium.

Revient quelque temps après. — Les petites crises ont disparu pendant qu'il prenait le bromure. Il est resté dernièrement quatre jours sans traitement, et a eu une petite crise. On conseille de reprendre le bromure.

Revient quelques mois plus tard. — Les grandes crises ne reviennent plus que tous les deux ou trois mois. Il n'en a pas depuis la dernière consultation.

OBSERVATION IV. N. (Inédite.)

Joseph Y..., 32 ans, maçon, chemin d'Arlac, vient à la consultation des maladies du système nerveux (professeur Abadie), le 24 décembre 1921. Son père a eu plusieurs fois de fortes migraines, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le malade a fait quatre ans de service militaire au Maroc. C'est là qu'il a commencé à souffrir de migraines.

nes. Accès palustres à 23 ans survenant tous les mois, en dehors des migraines. Rentré en France, a encore des accès de paludisme se superposant aux crises de migraine.

La maladie remonte à il y a trois ans et consiste en maux de tête localisés à un côté. Ils sont devenus plus fréquents. Actuellement, la migraine revient tous les mois plus forte qu'autrefois. Le malade a eu il y a trois ans un gros ennui à la suite duquel il aurait présenté un état confusionnel transitoire : il n'a pas parlé pendant trois semaines, mais il entendait et comprenait; ses yeux étaient injectés de sang; il avait perdu la mémoire; on remarquait l'évocation lente des souvenirs et la lenteur à répondre. La migraine était devenue plus fréquente avec vomissements contenant des filets de sang, puis elle restait légère deux ou trois jours et s'arrêtait brusquement. La migraine survient actuellement tous les quinze jours environ. Augmentation progressive de la fréquence. A quelques troubles de la vue et accuse des phénomènes lumineux. Il perd quelquefois connaissance et présente quelques secousses. Les phénomènes lumineux et les pertes de connaissance existent depuis trois ans. Dans la dernière crise, il avait des idées délirantes, des impulsions : sa fille se trouvait à côté de lui quand il a dit à sa femme : « Sors-moi la petite, je vais la tuer »; s'en souvient parfaitement. Urine très trouble, épaisse, presque blanche.

Examen. — Pupilles régulières, légèrement inégales, l'gauche étant plus grande que la droite; réflexes à la lumière et à la distance conservés. Réflexes tendineux normaux au membre supérieur. Au membre inférieur, les réflexes rotuliens sont normaux de même que les achilléens. Toutefois la recherche de l'achilléen droit détermine quelques secousses de trépidation.

Le foie est gros, s'étend sur cinq travers de doigts en hauteur. Rate percutable.

Traitement arsenical à suivre pendant deux mois.

Le 22 février 1922. — Accès très fréquents depuis décembre. A beaucoup souffert depuis huit jours. Pas de perte de connaissance. Pas d'amélioration pendant les deux mois de traitement arsenical. Essai consécutif de traitement spécifique. Après chaque accès il persiste une sensation de lourdeur de tête.

Revient le 5 avril 1922. — Se trouve un peu amélioré par le traite-

ment mercuriel. Il n'a eu que deux accès de migraine qui ne l'ont pas obligé à interrompre ses occupations.

Revient le 24 mai 1922. — Le malade a eu un accès de migraine moins fort il y a trois semaines environ. Il se trouve nettement amélioré, mais signale l'apparition de vertige pendant les deux ou trois jours qui suivent la crise. On conseille au malade d'aller au dispensaire de prophylaxie suivre un traitement spécifique.

Revient le 7 juin 1922 avec une note du dispensaire où il est indiqué qu'il a reçu six injections intramusculaires de biiodure de mercure les 24, 26, 29, 30, 31 mai et 1^{er} juin. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée au dispensaire a été trouvée + + +. Le 2 juin le malade a eu un accès qui a débuté brusquement à l'heure habituelle vers quatre heures du matin. Il a duré pendant quatre à cinq heures.

A l'examen, la pupille gauche est encore déformée; les réflexes tendineux normaux.

On l'adresse au dispensaire pour y suivre un traitement arsenical sous-cutané prudent. On lui prescrit également une solution d'iodure de potassium à prendre à la dose de cinquante centigrammes par jour.

Revient le 28 février 1923. — Le malade n'a pas eu de grandes crises depuis quatre mois; mais les petites migraines surviennent encore très fréquemment soit d'un côté, soit de l'autre. On conseille un traitement au bromure de strontium et une médication spécifique.

Le malade n'est pas revenu depuis à la consultation.

OBSERVATION V. N. (Personnelle, Service de M. le Professeur Abadie.)

Alexine L..., 30 ans, domestique, 64, rue Terre-Nègre, à Bordeaux, entre le 15 juin 1923 salle 24, lit 1, parce qu'elle souffre de la tête depuis douze ans.

A H. — Père âgé de 65 ans, bien portant, seulement asthmatique. Mère âgée de 62 ans, en bonne santé. A eu quatre filles : L'une est morte de tuberculose pulmonaire à 20 ans; une autre, âgée de 15 ans, a eu des convulsions dans son enfance et présente actuellement un tremblement intentionnel; une troisième, âgée de 32 ans, en bonne santé; enfin, la malade. Avant ces quatre filles, la mère a eu trois autres enfants et deux fausses couches survenues après deux grossesses normales.

A. P. — Née à terme, nourrie au sein. Pas de maladie avant deux ans. A cet âge a eu le croup. A 6 ans, maladie aiguë, fébrile que la malade ne peut préciser. Vers l'âge de 7 à 8 ans la malade souffre souvent de l'oreille gauche, sous forme de douleurs très vives cédant quand s'écoulait le pus. Cela dura jusqu'à 9 ans. Bonne santé habituelle. Va à l'école jusqu'à 13 ans et obtient son certificat d'études. Depuis lors, elle travaille à la maison (repassage, lavage), puis travaille la terre. Elle a des maux de tête fréquents, mais pas de migraine. Réglée à 12 ans et demi. Depuis, règles normales mais douloureuses, obligeant la malade à rester parfois au lit le premier jour.

Histoire de la maladie. — Les maux de tête existent depuis une maladie aiguë survenue il y a douze ans, à l'âge de 18 ans. A cette époque la malade qui était chez elle, dans les Pyrénées, éprouva brusquement, un matin en déjeunant, une sensation de points noirs devant l'œil gauche; et en même temps, elle ressentit un engourdissement et des fourmillements dans le pied droit. La malade compare cette dernière sensation à celle qu'on éprouve dans un membre qui a subi une compression durant quelque temps au cours du sommeil : engourdissement, puis fourmillements. Elle ne perdit pas connaissance; ne se sentit pas défaillir; ne ressentit ni céphalée ni tournoiement de tête. Au bout de quelques secondes, une minute au plus affirme la malade, elle ne vit plus de points noirs devant l'œil gauche, et la sensation de fourmillements remonta le long du membre inférieur vers la racine, puis du côté droit du tronc, puis à l'épaule droite; de là, les fourmillements descendirent vers l'extrémité du membre supérieur jusqu'aux doigts. Ils ne gagnèrent pas le cou ni la face. Cela dura environ cinq à dix minutes. En même temps la malade éprouva une sensation de froid dans les membres supérieurs et inférieurs droits, et dans le côté droit du tronc, sensation qui suivit la même marche ascendante que les fourmillements, et s'arrêta comme eux à la base du cou. Aidée par sa mère, la malade se leva de sa chaise et fit quelques pas jusqu'à son lit; mais elle n'avait que très peu de force dans le membre inférieur droit et serait tombée si on ne l'avait soutenue. Elle put se servir à grand'peine de son membre supérieur droit pour entourer le cou de sa mère, n'ayant aucune force dans ce membre, surtout dans la main qui pendait inerte. On

la mit au lit. Elle n'était pas obnubilée, parlait peu, gémissait, pleurait, demandait ce qu'elle avait, mais ne se plaignait pas de souffrir. Pas de convulsions. Pendant que se passaient ces phénomènes, la malade se rendit parfaitement compte des personnes qui étaient autour d'elle; elle entendait ce qu'elles disaient et elle les voyait. Aussitôt au lit, elle s'endormit prise d'un besoin invincible de sommeil, et elle dormit profondément pendant trois jours. On la réveilla plusieurs fois pour l'alimenter avec des liquides (tisanes, lait); mais les réveils lui étaient très désagréables; et, au bout de quelques minutes, quand elle avait absorbé les aliments, elle se rendormait très vite. Durant ces réveils, elle put dire quelques mots, et elle ressentait toujours les fourmillements dans le côté droit du corps. Durant ce sommeil, la malade eut des cauchemars, et crut voir des chiens qui la poursuivaient. Ayant vu au cours d'un réveil une femme qui la gardait près de son lit, elle la prit pour un chien, l'injuria et voulut s'éloigner d'elle; mais cette illusion cessa dès que la personne s'approcha et lui adressa quelques mots. Parfois, en dormant, elle vit des figures de saints de vitraux d'église se promener dans sa chambre, portant des cierges à la main.

Au bout de trois jours, la malade se réveilla progressivement un matin. Dès le réveil, elle n'éprouva plus de fourmillements dans le côté droit du corps, et elle put se servir de sa main droite, remuer son membre supérieur et son membre inférieur droits quoique difficilement, car ils étaient encore très faibles; mais elle ressentait des fourmillements dans le côté droit du cou et dans la moitié droite de la face jusque sur l'hémicrane droit. Cette sensation de fourmillement s'accompagnait dans ces mêmes régions d'une sensation de froid. Cependant la face tout entière était rouge. Dès son réveil la malade parla avec une certaine difficulté : elle savait parfaitement ce qu'elle voulait dire, mais ne trouvait pas les mots exacts pour désigner ce dont elle voulait parler; elle employait même parfois un mot pour un autre. La malade qui précise mal semble avoir été un peu obnubilée. Au bout d'un quart d'heure, une demi-heure au plus, les fourmillements disparurent dans le cou et la face, faisant place à une céphalée très violente siégeant dans le crâne, dans la région frontale des deux côtés, surtout à gauche. Ce maximum de

douleur à gauche se trouvait au-dessus de l'arcade sourcilière, s'étendait tout le long de cette arcade, sur une hauteur de deux centimètres environ. La douleur était très vive, arrachant des cris à la malade, comparée à des coups de couteau, à des élan- cements. Elle irradiait dans toute la région frontale et la région temporale gauche; un peu dans la tempe droite. La douleur était constante : nocturne aussi bien que diurne, empêchant le sommeil; ni augmentée ni diminuée pendant la nuit. Elle était un peu diminuée par les applications de compresses froides, et par les sangsues appliquées aux tempes. En même temps que la céphalée apparurent des vomissements. Ils furent extrêmement abondants le premier jour. D'abord alimentaires, ils devinrent très vite bilieux et glaireux. Ces vomissements étaient précédés de malaise général avec nausées et baillements, et étaient effectués grâce à un effort plus ou moins considérable. La malade ne se souvient pas avoir jamais présenté de vomissements faciles, sans nausées ni efforts. Pas d'autres symptômes. Pas de diplopie, mais légère photophobie. Pas de contracture : la malade pouvait s'asseoir, baisser la tête en avant sans douleur; dans son lit, elle avait les membres inférieurs étendus et non en flexion. La malade pouvait faire tous les mouvements volontaires de son membre supérieur et de son membre inférieur droits; mais elle conservait encore une grande faiblesse. Elle pouvait, par exemple, saisir un verre de sa main droite et le porter à ses lèvres. Elle se rendait facilement compte de ce qui se passait autour d'elle. Elle parlait très peu à cause de la céphalée, mais n'avait plus aucun trouble de la parole. Cet état persista pendant deux jours, jusqu'au cinquième jour de la maladie.

Le soir du cinquième jour, la céphalée diminua progressivement; elle devint supportable. Les vomissements devinrent moins fréquents. Cette amélioration fut plus sensible le sixième jour; et au bout du septième jour, la malade put dormir. La tête était encore un peu lourde; plus de vomissements. Le huitième jour, la malade se leva quelques heures. Elle n'avait plus de céphalée, plus de vomissements, et accusait seulement une faiblesse générale. Les jours suivants, amélioration rapide et retour progressif de la motilité et de la force dans ses membres du côté droit. Après quinze jours de maladie, la malade reprit ses occupations habituelles, et ne constata plus aucune diffé-

rence de force entre les membres du côté droit et ceux du côté gauche. La malade ne peut préciser exactement pendant combien de temps elle resta alors en bonne santé : deux ou trois ans environ, pendant lesquels elle ne présenta pas le moindre symptôme morbide.

Environ deux ans et demi après, à l'âge de 21 ans, le même épisode se renouvela : points noirs devant un œil (la malade ne peut dire lequel), puis fourmillements dans le côté du corps *opposé* à l'œil atteint du trouble précédent. A mesure que la sensation de fourmillements remontait du pied vers la face, ils apparaissaient dans un segment du corps et disparaissaient dans le segment sous-jacent. Par exemple : quand les fourmillements siégeaient dans la cuisse, ils avaient déjà disparu dans la jambe et dans le pied. Sommeil profond, mais beaucoup plus court que la première fois : une heure à peine; au réveil, céphalée moins violente que la première fois, siégeant dans la région frontale du côté où l'œil avait perçu les points noirs. En même temps, vomissements alimentaires puis bilieux avec nausées et efforts durant toute la journée. Pas de chute, pas de mouvements involontaires, pas de convulsions, mais une légère hémiparésie dans le côté où siégeaient les fourmillements et durant environ deux heures.

La malade resta au lit la journée entière; la céphalée et les vomissements se calmèrent le soir; elle put dormir la nuit, et le lendemain matin elle était rétablie et pouvait reprendre son travail. Mais elle ressentait une certaine faiblesse dans les membres inférieurs, et une sensation de fatigue qui diminua au cours du travail.

Depuis l'âge de 21 ans, ces accidents se sont répétés assez souvent à intervalles irréguliers. Durant le premier mois qui suivit, les accidents se répétèrent trois ou quatre fois; puis, durant trois ou quatre mois il n'y eut pas d'accidents; la santé fut parfaite. Depuis plusieurs années, les accidents surviennent la nuit exclusivement; tantôt les sensations paresthésiques surviennent d'un côté, tantôt de l'autre, et alors la céphalée siège du côté opposé. La malade ne peut dire combien de fois elle a éprouvé cet accident depuis l'âge de 21 ans. Il lui arrive de l'éprouver une ou deux fois durant une semaine, comme il lui est arrivé de rester durant six mois en parfaite santé. C'est d'ailleurs là un maximum qui est survenu durant l'année 1922.

La malade quitta ses parents il y a quatre ans et alla comme ser-

vante à Pau. Elle a suivi ses patrons à Bordeaux où elle habite depuis trois ans; elle se trouvait encore à leur service lorsqu'elle est venue à la consultation de M. le professeur Abadie, le 13 juin 1923, sur le conseil d'une de ses amies. La malade a éprouvé au début de 1923 un nouvel accident, et voici le récit qu'elle en fait :

Au début de mai 1923, durant la nuit, vers trois heures du matin, elle se réveilla brusquement au cours d'un cauchemar et ressentit dans le pied et la jambe, du côté droit, une sensation d'engourdissement suivie quelques secondes après de fourmillements qui remontaient vers la racine du membre, gagnaient le côté droit du tronc, le membre supérieur droit, le côté droit du cou et de la face, et à mesure qu'ils apparaissaient dans un de ces segments du corps, ils disparaissaient dans le segment sous-jacent. Pas de vision, de points noirs devant un œil aux dires de la malade. Pas de perte de connaissance; pas de miction involontaire. Grande envie de dormir et sommeil profond. Elle se réveilla à son heure habituelle : à sept heures, et se sentit fatiguée, éprouvant une céphalée assez vive, toujours dans la région frontale gauche. Elle se leva; mais n'eut pas la force de rester debout et dut se recoucher. En même temps : vomissements abondants, bilieux comme auparavant. La face est rouge, la bouche non déviée, mais la malade ne peut pas bien articuler les mots et dit que sa langue est un peu embarrassée. Elle sait très bien l'idée qu'elle veut exprimer, mais a de la difficulté à prononcer la phrase. Cependant, tout à fait au début, elle dit qu'elle ne pouvait articuler que « non » parce que, dit-elle, c'était plus facile à dire, et cela quand on lui proposait de boire et qu'elle ne voulait pas. Au bout d'un jour, la malade n'eut plus de céphalée ni de vomissements, mais les fourmillements réapparurent dans le membre supérieur droit et dans le mollet droit; et la malade ne pouvait effectuer les mouvements de son membre supérieur droit qu'avec beaucoup de peine. Elle n'avait pas de force dans les divers mouvements; en particulier, elle ne pouvait pas se peigner, se laver la figure avec la main droite ni saisir avec cette main un objet quelconque. Cette hémiparésie dura environ trois jours. Elle diminua progressivement et la force redevint peu à peu normale, en même temps que les fourmillements disparaissaient. Le quatrième jour, la malade en bon état avait encore une légère gêne

dans les mouvements : elle accusait de la difficulté à se peigner. Elle se remit au travail, mais elle ressentait une certaine fatigue générale qui se dissipait avec le travail. C'est alors qu'elle rentra salle 24, le 15 juin 1923, sans avoir présenté de nouvel accident.

Depuis son hospitalisation, la crise de troubles de la sensibilité est survenue une fois le 22 juin. Elle siégeait du côté droit. Les phénomènes furent identiques à ceux précédemment décrits et se déroulèrent dans le même ordre. Durant deux jours : mal de tête assez violent; vomissements bilieux; état d'obnubilation prononcé. La malade resta toute la journée au lit ne répondant que par des gémissements, par « oui » ou par « non » lorsqu'on l'appelait; se plaignant de la tête. Pas de modifications des réflexes, même du côté droit.

Examen le 7 juillet 1923 :

Femme paraissant normale d'aspect et de taille.

Système nerveux. — Rien d'anormal à la face. Pupilles égales régulières réagissant à la lumière et à l'accommodation. Bouche non déviée. Langue normale, pas de dysarthrie. Tous les mouvements de la face sont possibles. Rien à signaler au cou. Au membre supérieur : pas d'atrophie; force musculaire normale; réflexes conservés mais faibles, égaux des deux côtés. Tronc : rien à signaler. Au membre inférieur : réflexes tendineux conservés, égaux des deux côtés; réflexe cutané plantaire en flexion des deux côtés. Station debout et marche normales; mais la jambe gauche se fatigue plus vite que la droite. Pas de troubles de la sensibilité.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler. Appareil circulatoire. — Pouls régulier, 60 à la minute; artères souples, tension artérielle 16-9 I° : 4; cœur; rythme normal, bruits normaux bien frappés, pas de souffle. Appareil digestif. — Denture mauvaise (port d'un appareil à la mâchoire supérieure), bon appétit, pas de constipation. Foie normal. Abdomen souple.

Examen liquide céphalo-rachidien le 21 juin 1923 : Réaction de Bordet-Wassermann : négative. Cellule de Nageotte : 2,2 éléments au millimètre cube. Albumine : 0 gr. 20 p. 1000.

Examen de l'œil le 26 juin 1923 : O. D. G. aucune lésion ophtalmologique.

Evolution. — Amélioration après traitement au gardénal.

Sort du service le 16 juillet 1923.

CHAPITRE IV

LA MIGRAINE ACCOMPAGNEE D'EPILEPSIE DESCRIPTION CLINIQUE ET NOTIONS PATHOLOGIQUES

Soixante et une observations plaident en faveur de la réalité de la migraine accompagnée d'épilepsie.

On peut s'étonner, dès lors, que les auteurs classiques aient seulement effleuré un tel sujet.

C'est à son étude que j'ai voulu apporter ma contribution. L'analyse des faits cliniques m'a permis de présenter un certain nombre de notions pathologiques intéressantes sur cette forme de migraine compliquée. Les conclusions en résument les principaux caractères.

La migraine accompagnée d'épilepsie se définit d'elle-même. Il importe toutefois de faire remarquer que le terme épilepsie englobe toutes les formes : généralisée ou partielle, complète ou fruste, motrice, sensitive, psychique ou viscérale.

ETIOLOGIE. — L'affection est rare. S'il m'a été possible d'en retrouver 56 observations dans la littérature médicale, trente ans de Consultations de Neurologie ne m'ont donné que 3 cas nouveaux.

L'hérédité ne semble pas avoir, dans cette variété particulière, autant d'influence que dans la migraine vulgaire. L'hérédité similaire est exceptionnelle. Dans un cas, la malade signale qu'une grand'mère était atteinte de la même affection. Dans une observation anglaise, le frère et la sœur souff-

fraient de migraine accompagnée d'épilepsie. C'est l'hérédité dissemblable, hérédité de transformation de Féré, qui est la plus fréquente. Les affections névropathiques sont habituelles chez les ascendants. Parmi elles, la migraine domine, surtout du côté maternel. Une malade est fille de migraineuse, et son grand père et un oncle maternels souffraient d'hémicranie. Les parents épileptiques se rencontrent plus rarement. L'hystérie, surtout maternelle, se retrouve dans quelques cas seulement.

L'influence d'une hérédité particulièrement chargée ne saurait être méconnue chez ce malade fils d'un P. G. et d'une aliénée, dont la sœur était elle-même dans un asile. On retrouve enfin des manifestations plus discrètes de la diathèse neuro-arthritique chez les obèses, gouteux ou rhumatisants qui sont plusieurs fois signalés dans la famille des malades.

Par contre, les cas ne sont pas rares où rien dans les antécédents ne pouvait faire prévoir l'éclosion de la migraine accompagnée d'épilepsie.

Les antécédents personnels des malades accusent parfois une fragilité particulière du système nerveux. Quelques-uns ont présenté des troubles mentaux qui ont justifié un ou plusieurs internements. Plus nombreux sont ceux qui ont eu dans leur enfance des crises convulsives ou des attaques choréiques. Certains enfin souffraient de migraines simples, qui les ont vues par la suite s'accompagner de manifestations épileptiques.

Le sexe et l'âge exercent une influence beaucoup plus nette. La migraine accompagnée d'épilepsie frappe de préférence le sexe masculin. Dans les observations rapportées on remarquera 37 hommes contre 24 femmes, soit environ 59 %. L'affection débute dans la jeunesse : 17 malades étaient des enfants de quinze ans au plus; 35 n'avaient pas vingt-cinq ans lorsqu'ils furent atteints de cette forme de migraine. Par contre, sept malades seulement sur soixante avaient dépassé la quarantaine.

Le rang social et la profession, par le genre de vie qu'ils

imposent ont aussi leur importance. Les intellectuels : médecins, pharmaciens, avocats, hommes d'affaires, étudiants sont proportionnellement plus atteints que les travailleurs manuels. Ceux-ci toutefois ne sont pas à l'abri de l'affection. On peut dire que les professions qui exigent une attention soutenue et obligent à une existence sédentaire, sont celles qui paient le plus lourd tribut. Un malade citadin a remarqué qu'il souffrait moins le dimanche qu'il passe toujours à la campagne.

La migraine accompagnée d'épilepsie paraît débiter souvent d'une façon spontanée. Il est toutefois possible, dans certains cas, de découvrir une cause occasionnelle. Parfois ce sera une infection comme l'influenza; d'autres fois un trouble glandulaire : ovariectomie double, début de la menstruation ou arrêt subit des règles. Souvent une perturbation nerveuse à la suite d'un choc moral intense (peur, chagrin), ou de surmenage intellectuel, d'excès sexuels, paraît être à l'origine de la maladie.

SYMPTOMATOLOGIE. — C'est la migraine ophtalmique qui est le plus souvent accompagnée de manifestations comitiales: 38 malades, soit 63 %, présentaient en effet des troubles migraineux visuels.

Il importe de séparer nettement dans l'étude des phénomènes épileptiques accompagnant la migraine, l'épilepsie du type partiel de l'épilepsie du type généralisé vulgaire.

Dans le premier groupe, bravais-jacksonien, domine la forme sensitive puisqu'on la retrouve dans plus de la moitié des cas. Les paresthésies, qui consistent surtout en sensations de fourmillement et d'engourdissement, sont le plus souvent localisées à un membre. Commencant à l'extrémité du membre supérieur droit plutôt qu'à gauche, elles gagnent parfois le cou et la face du même côté. Au membre inférieur, siège plus rare, elles prennent la forme de fourmillements ou de crampes. Dans deux cas seulement les sensations paresthésiques étaient généralisées à un côté du corps.

L'épilepsie partielle à forme motrice se remarque dans

vingt-quatre observations. Les troubles moteurs siègent aussi de préférence au membre supérieur droit. Ils débutent par la flexion d'un, puis de plusieurs doigts de la main. Les mouvements convulsifs gagnent ensuite les autres segments du membre. La face est plus souvent atteinte que les membres inférieurs. Une seule fois, les troubles moteurs se généralisèrent au côté droit du corps.

Les symptômes d'épilepsie généralisée vulgaire sont plus complexes. Outre l'attaque comitiale franche avec perte de connaissance et convulsions généralisées, il importe de distinguer nettement les équivalents comitiaux : moteurs, sensitifs, sensoriels, psychiques et viscéraux.

La grande attaque convulsive avec perte de connaissance, convulsions, morsure de la langue, miction involontaire et amnésie consécutive, s'est montrée accompagnée la migraine dans le cinquième des cas étudiés.

Le petit mal, caractérisé par les absences et les vertiges, se retrouve plusieurs fois dans l'histoire des malades.

Les équivalents sont plus fréquents. Parmi les manifestations motrices, il faut réserver une mention spéciale aux troubles de la parole. Leur fréquence est grande : un quart des cas. Les malades disent presque tous qu'ils ne peuvent prononcer le mot juste qu'ils conçoivent parfaitement. L'articulation des mots est parfois impossible, à l'exception de quelques lambeaux de phrase qui reviennent à tout propos. Plusieurs malades ont présenté au cours de leurs accès de migraine des crises d'automatisme ambulatoire. L'un d'eux était poussé à fuir par une force irrésistible; d'autres déambulaient inconscients, et reprenaient connaissance étonnés de se retrouver dans un endroit inconnu.

Les formes sensitives sont représentées par les phénomènes douloureux variés, les troubles parasthésiques, et parfois les troubles vaso-moteurs avec pâleur et congestion de la face qui accompagnent les accès.

La vue est le sens le plus souvent atteint. Il faut noter, outre les signes ophtalmiques de la migraine, la fréquence des hal-

lucinations visuelles. Celles-ci sont habituellement terrifiantes; une fois elles affectaient le type religieux. Les hallucinations de l'ouïe : bruits de moulin, injures et menaces sont plus rares. Dans une observation, on a noté des hallucinations gustatives désagréables.

Les troubles sensoriels sont souvent associés à des phénomènes psychiques. Ceux-ci sont plus fréquents chez l'adulte. Leur symptomatologie est fort riche. Il s'agit souvent d'un sentiment pénible d'angoisse, d'anxiété extrême, de peur sans objet. Dans trois cas on a signalé de la pantophobie surtout comme aura de la crise. La forme avec excitation n'est pas rare. Le malade irritable, agressif, injurie et menace l'entourage, brise les objets qui se trouvent à sa portée. Les réactions dangereuses sont souvent motivées par les hallucinations terrifiantes. Dans quelques cas on relève des crises de fureur. Moins fréquents sont les états de dépression. Le malade, inerte, est triste; il s'inquiète pour les siens, pleure. Ces états durent peu, et peuvent alterner avec des manifestations du type maniaque. Dans une dizaine de cas, enfin, on a noté de la confusion avec torpeur et affaiblissement de la mémoire allant souvent jusqu'à l'amnésie complète.

Les troubles viscéraux ne sont représentés que par l'incontinence d'urine et quelques cas d'angoisse précordiale accompagnée ou non de palpitations.

DIAGNOSTIC. — Les lésions des centres nerveux et de leurs enveloppes peuvent entraîner des céphalées avec troubles nerveux qui simulent la migraine accompagnée d'épilepsie.

La méningite tuberculeuse à son début, surtout chez l'enfant, peut être d'un diagnostic angoissant. La céphalée ne s'accompagne-t-elle pas là encore de vomissement, d'accélération du pouls, de contractures ou de convulsions? Le diagnostic reposera sur l'existence de crises antérieures séparées par des périodes de bonne santé, sur les antécédents familiaux, sur l'absence de fièvre, d'irrégularités sphymiques et respiratoires, de modifications des réflexes. Il sera prudent toutefois d'examiner le liquide céphalo-rachidien qui fixera sur le diagnostic et le pronostic.

La syphilis cérébro-méningée est fréquente à la période secondaire. Les céphalées nocturnes ne s'accompagnent pas de signes oculaires ni de nausées. Les antécédents, la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang, l'examen complet du liquide céphalo-rachidien permettront de reconnaître la syphilis causale. Mais il existe encore au cours de la syphilis acquise ou héréditaire des céphalées paroxystiques pouvant prendre l'aspect de migraines accompagnées. Charcot a insisté sur la valeur de ces accès migraineux au début de la paralysie générale. Il faudra se méfier d'un syndrome migraineux apparaissant vers l'âge moyen de la vie, surtout chez un ancien syphilitique. La ponction lombaire s'impose, car l'examen du liquide céphalo-rachidien permettra seul le diagnostic.

On a dit que certaines migraines compliquées pouvaient être sous la dépendance de tumeurs cérébrales ou méningées. H. Roger cite deux observations où des accès de cet ordre sont apparus au début d'une tuberculose méningo-encéphalique. En général, il s'agit là de céphalée continue et non de migraine véritable. Elle s'accompagne de torpeur intellectuelle progressive. Il existe des signes d'hypertension crânienne : vomissements cérébraux sans nausées, bradycardie, bradypnée, parfois des crises jacksoniennes. Dans les cas litigieux, l'examen du liquide céphalo-rachidien, et surtout l'examen ophtalmoscopique fournissent de précieux éléments de diagnostic.

PRONOSTIC. — Abandonnée à elle-même, la migraine accompagnée d'épilepsie tend vers l'aggravation. Si aucun traitement ne vient entraver sa marche progressive, les crises augmentent ordinairement en fréquence et en intensité.

On peut voir, rarement il est vrai, disparaître les accès de migraine banale, tandis que persistent les accès épileptiques. Parfois aussi, dans des cas de migraine accompagnée d'épilepsie, le traitement fait disparaître les phénomènes épileptiques alors que la migraine persiste.

Dans l'intervalle des attaques, la santé des malades reste satisfaisante. L'état général n'est atteint qu'exceptionnellement lorsque les crises sont très rapprochées. A la longue, on peut

remarquer un affaiblissement intellectuel, comme chez les vieux épileptiques à attaques fréquentes.

Le pronostic de l'affection est-il pour cela favorable? Qu'on relise l'histoire du pauvre étudiant migraineux qui fournit à Charcot l'une de ses plus belles leçons!

En règle générale, il faut considérer comme fort suspectes les migraines accompagnées qui surviennent vers l'âge moyen de la vie chez d'anciens syphilitiques. En pareil cas, on ne saurait être trop réservé dans son pronostic.

PATHOGÉNIE. — Jusqu'à ces dernières années la pathogénie de la migraine demeurait mystérieuse. Il a fallu les découvertes biologiques récentes pour éclairer un peu le mécanisme de la névrose.

De nombreuses théories ont essayé d'expliquer la migraine.

La théorie cérébrale de Romberg, Calmeil, Liveing, a encore pour partisan Léopold Lévi qui fait de la migraine un syndrome bulbo-protubérantiel. On ne saurait expliquer que quelques cas particuliers par l'hypothèse qui voit la cause de la migraine dans une augmentation de la pression intra-cranienne.

La théorie trigémellaire de Chaussier et Pinel modifiée plus tard par Haase, a rallié plus près de nous Brissaud, Sarda et Grasset. La théorie de la névralgie superficielle de Norström et Didsbury, ne satisfait guère les neurologistes.

La théorie vaso-motrice semble le mieux expliquer la production des crises de migraine. Ebauchée autrefois par du Bois-Reymond, elle jouit aujourd'hui d'une faveur légitime.

- On peut considérer la migraine comme étant d'origine sympathique. Une excitation de ce système neuro-végétatif produirait le spasme vasculaire qui conditionne la migraine. Portant sur la région cortico-scissurale calcarine, cet angio-spasme se traduirait par la migraine ophtalmique; tandis que la migraine compliquée parétique ou aphasique serait due à un angio-spasme de la région rolandique ou sylviennne.

Le système sympathique prédisposé par une fragilité héréditaire entre probablement en jeu sous l'influence des réactions humérales dysendocriniennes qui rompent l'équilibre colloïdoplasmatique.

Il est intéressant de rappeler à ce sujet que Madame Weismann a découvert avant les accès de migraine une augmentation de l'alcalinité sanguine. Elle fait remarquer que Bigwood a montré une alcalose dans l'épilepsie essentielle, ce qui permet d'insister sur la parenté qui unit les deux affections.

On peut espérer que des recherches nouvelles sur les états dysendocrinien, permettront de connaître un jour l'origine de ces variations humérales, où réside en somme la pathogénie de la migraine.

TRAITEMENT. — En dehors des analgésiques employés contre la céphalée et dont le meilleur est l'antipyrine associée à la caféine, l'injection au début de la crise de nitrate de pilocarpine (1 centimètre cube de la solution au millième), a réussi dans quelques cas.

Le traitement du fond migraineux ne doit être entrepris qu'après un examen complet du malade permettant de découvrir les causes variables du syndrome. La syphilis est justiciable de la médication spécifique. Une tumeur cérébrale demande une trépanation décompressive, à défaut de l'intervention directe sur la lésion. La migraine d'origine anaphylactique est très souvent améliorée par la peptonothérapie préprandiale de Pagniez, Nast et Vallery-Radot (0 gr. 25 à 0 gr. 50 de peptone pure, une heure avant chaque repas).

Bouché et Hustin injectent sous la peau des migraineux un centimètre cube de sérum de cheval ou un à deux dixièmes de milligramme de venin de crotale, une fois par semaine pendant un mois, puis tous les quinze jours. Ce traitement prolongé améliore beaucoup de migraines, et en guérit un certain nombre.

Sicard Paraf et Forestier ont amélioré ou guéri des migraines par des injections intra-veineuses de carbonate de soude (1 gr. 50 à 2 grammes dissous dans 80 à 100 centimètres cubes d'eau physiologique).

Dans les cas de céphalée atroce, Pasteur Vallery-Radot a conseillé des injections intraveineuses de chlorure de calcium (0 gr. 50 dans 2 centimètres cubes d'eau distillée).

L'endocrinologie encore dans l'enfance ne permet pas à l'opothérapie des résultats constants. On a déjà signalé cependant plusieurs migraines guéries par la médication thyroïdienne. Il est toujours préférable d'associer l'opothérapie thyroïdienne à l'opothérapie ovarienne dans une médication qui reste encore de second plan.

Quand l'examen complet du malade demeure négatif, on se trouve en présence de la névrose migraineuse. C'est le cas dans la variété particulière accompagnée d'épilepsie. La médication anti-épileptique a été essayée, parfois avec succès contre la migraine. Son action est plus régulière dans la migraine accompagnée d'épilepsie. La lecture de nombreuses observations montre que sous l'influence du traitement bromuré prolongé pendant trois ou quatre mois, les crises s'espacent et diminuent d'intensité. Il arrive même qu'elles disparaissent après quelques années de traitement.

Le gardénal administré comme chez les épileptiques agit presque toujours sur la migraine accompagnée. Il a grandement amélioré l'état de la dernière de nos malades. Strassburger assure que le gardénal est le médicament de choix de la migraine comme de l'épilepsie. Van Schelven a obtenu également l'atténuation, puis la disparition complète des crises. Harris, après avoir essayé les bromures sans grand succès, a obtenu des résultats rapides par le même luminal. M^{me} Weisman fait remarquer avec Bigwood que le gardénal possède incontestablement une action modificatrice de l'alcalinité humorale qu'il fait varier dans le sens de l'acidose.

Indépendamment du traitement médicamenteux, on se trouvera bien de faire à tout migraineux certaines recommandations d'ordre général : éviter la fatigue, le surmenage intellectuel; rechercher le grand air et faire de l'exercice physique; manger lentement, légèrement; veiller aux fonctions intestinales. Des douches tièdes, des massages, des cures thermales à Divonne, à Nérès, sont souvent utiles.

CONCLUSIONS

La migraine vulgaire peut se compliquer de l'apparition pendant l'accès migraineux, de symptômes d'épilepsie. Cette forme de migraine compliquée peut être désignée sous le nom de *migraine accompagnée d'épilepsie*.

La migraine accompagnée d'épilepsie est cependant une affection relativement rare, en raison de la très grande fréquence de la migraine.

La migraine accompagnée d'épilepsie s'observe surtout dans le sexe masculin, dans la jeunesse ou au début de l'âge adulte.

La migraine accompagnée d'épilepsie est le plus souvent une migraine ophtalmique.

Les manifestations épileptiques qui accompagnent l'accès migraineux appartiennent, dans le plus grand nombre des cas, à l'épilepsie partielle bravais-jacksonienne : les symptômes observés alors consistent surtout en épilepsie partielle sensitive localisée de préférence au membre supérieur droit d'où elle gagne parfois le cou et la face du même côté; on peut observer aussi des symptômes d'épilepsie partielle motrice localisée également au membre supérieur droit.

Les manifestations épileptiques qui accompagnent l'accès migraineux peuvent appartenir aussi à l'épilepsie vulgaire généralisée du type comitial : la grande attaque convulsive avec perte complète de la connaissance est rare, les équivalents comitiaux psychiques sont au contraire fréquents.

Dans quelques cas exceptionnels, on peut voir les accès de migraine banale disparaître, pour laisser persister des accès

épileptiques dont la périodicité remplace celle de la migraine antérieure. De même, on peut voir dans des cas de migraine accompagnée d'épilepsie, les phénomènes épileptiques disparaître après traitement, et la migraine simple persister seule.

La connaissance de cette forme de migraine, migraine accompagnée d'épilepsie, rend plus difficile encore le diagnostic de migraine ophtalmique et d'épilepsie symptomatiques de lésions organiques du cerveau et des méninges (syphilis, tuberculose, tumeurs.)

Entre la migraine et l'épilepsie, il semble y avoir donc quelquefois des rapports plus étroits que de simples rapports d'analogie. Leurs caractères cliniques, l'association de leurs manifestations, leur substitution, la constatation de troubles humoraux semblables, l'action souvent favorable des mêmes médications, plaident en faveur d'une parenté pathologique entre ces deux affections.

La migraine accompagnée d'épilepsie est particulièrement accessible aux médications anti-épileptiques. Les bromures et le gardénal, aux doses communément employées contre l'épilepsie, se montrent assez régulièrement efficaces contre la migraine accompagnée d'épilepsie.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 mai 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABERCOMBRIE (J.). — Pathological and practical researches on diseases of the Brain and spinal chord. Edinb. 2^e edition enlarged, 1829 (cité par Liveing).
- ABUNDO (G. D'). — Substitution, transformations et associations morbides dans les névropathies. *Revista italiana di neuropathologia psichiatria ed elettroterapia*, vol. I, fasc. 4, p. 1-20, 20 décembre 1907 (Analyse in *Rev. neurol.*, 1908, p. 601).
- AGOSTINI. — Contrib. allo studio della nervosi convulsive per auto-intossicazione. *Il Policlinico*, t. III, fasc. 4 (cité par Mangazzini).
- AIRY. — On a distinct form of transient hemiopsia. *Philosoph. transact. of the royal Soc. of London*, 1870, p. 247.
- ALLBUTT (S.-C.). — *The Practitioner*, 1873 (cité par Grasset-Rauzier).
- Case of epileptiform migraine. *Brain*, Lond., 1883, VI, p. 246-249.
- ANDRÉ. — Congrès des aliénistes, 1896 (cité par Cornu).
- ANTONELLI. — L'amblyopie transitoire. *Archives de neurologie*, 1892, II, p. 202-230 et 422-448.
- ARÉTÉE (de Cappadoce). — De morbis chronicis opera omnia (Aug. V. Khün) (cité par Thomas).
- ARMANGUÉ y TUSSET. — Estudios clinicos de neuropathologia, 1884 (cité par Cornu).
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses, 1883, 2^e édition, t. I, p. 476.
- BABINSKI. — De la migraine ophtalmique hystérique. *Archives de neurologie*, 1890 (cité par Antonelli).

- BACON. — Natural history, §§ 725-734 (cité par Liveing).
- BALIF (M^{me}). — Auto-observation de migraine guérie par le traitement thyroïdien. *Bull. et mém. de la Soc. de neur., psychiatr. et psychol. de Jassy*, décembre 1919.
- BENI BARDE. — Traité d'hydrothérapie, p. 678 (cité par Sarda).
- BERBEZ (P.). — Les migraines. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1889, p. 34-50-52.
- BERBEZ. — Quelques réflexions à propos de dix cas de migraine accompagnée. *France médicale*, 1889, p. 110-126-136.
- BERGER. — *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1871 (cité par Flatau).
- Zur Pathogenese der Hemikranie. *Virch. Arch.*, 1874, p. 313 (cité par Flatau).
- BIOGLIO (M.-A.). — Troubles psychiques aigus et transitoires à base céphalalgique et hémicranique. *Revista de patologia nervosa e mentale*, vol. XII, 1, p. 919, janvier 1907 (Analyse in *Rev. neurol.*, 1907, p. 465).
- BLAINE. — *Veterinary surgery*. Third edition, p. 471 (cité par Liveing).
- BLOCC (P.). — Migraine ophtalmique et paralysie générale. *Archives de neurologie*, 1889 (cité par Antonelli).
- BOIS-REYMOND (DU). — Zur Kenntniss der Hemikranie. *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1860, 4, p. 461.
- BONNAL (de Nice). — Migraine ophtalmique datant de vingt-cinq ans, caractérisée par des accès douloureux avec symptômes épileptoïdes, traitée et guérie par l'air chaud. *Revue de méd. et de chir. de Paris*, 1878, II, p. 279-282.
- BORDANI. — Sull epilessia emicranica. *Policlinico*, 1897 (cité par Kovalevsky).
- BORDONI (L.). — Un caso importante de emicrania, forma psichica. *Riforma medica*, 1898, vol. II, n° 23, p. 289, 2 mai (Analyse in *Revue neurol.*, 1898, p. 651).
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition, 1882.
- BOUCHÉ (G.) et HUSTIN (A.). — Essai de pathologie et de thérapeutique (IV^e mémoire).
- Pathogénie et traitement de la migraine. *Bull. Acad. roy. de méd. de Belgique*, Bruxelles, 1920, 4^e série, XXX, p. 725-762 [Rapp.], 630-632 (cité par Pasteur-Vallery-Radot).

- BOUILLAUD. — *Nosographie médicale*, 1846, t. III, p. 535.
- BRACKMANN. — Migräne und Psychose. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1897, p. 534.
- BRISAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses, 1895, p. 364-445.
- BUCHANAN (J.-A.). — Distribution familiale du syndrome migraine épilepsie. *New-York med. Journ.*, n° 2, p. 45, 8 janvier 1921.
- CÆLIUS AURELIANUS. — Morbor. chronicor, lib. I, cap. I, in *Halleri artis medicæ principes* (cité par Thomas).
- CALMEIL. — Article *Migraine*, in *Diction. de médecine*, Paris, 1832, t. XX, p. 5 (cité par Liveing).
- CAROLUS PISO. — *Historia febris miliaris et hemicraniae*. Louvain, Impr. Académ., 1765 (cité par Thomas).
- CAMPBELL. — Headache considered in relation to certain problems in cerebral physiology. *Brit. med. Journ.*, I, 1893, p. 735.
- CASTAIGNE (J.). — *Journal médical français*, février 1924, p. 41.
- CESTAN. — Les épilepsies. Paris, 1922.
- CHALMERS DA COSTA. — A case of ophtalmic migraine. *Journal des connaissances médicales*, 8 mai 1890.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux. In *Progrès médical*, 1882.
- Leçons du mardi, 1887-1888, p. 10, et 1892, t. I, p. 16.
- CHAUMIER. — De la migraine. Thèse de Paris, 1878, n° 363.
- CHAUMIER (Johannès). — Essai sur le mal de tête. Thèse de Lyon, 1888, n° 425.
- CLAUDE (H.) et SCHMIERGELD. — Les glandes à sécrétion interne chez les épileptiques. *Encéphale*, 1909, n° 1, p. 1.
- CLAUDE (H.). — Précis de pathologie interne. Maladies du système nerveux, I, p. 257-282; II, p. 751.
- CLÉRAMBAULT (DE). — Migraine, aphasie et parésie transitoires. Une seule attaque (éthylisme, fugue inconsciente. Fugue consciente. Tendance au suicide). *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, II, n° 2, p. 41-47, février 1909 (Analyse in *Rev. neurol.*, 1909, p. 1193).
- COMBY. — La migraine chez les enfants. *Arch. de méd. des enfants*, 1921, n° 1.
- CONSIGLIO. — Traitement thyroïdien dans un cas de migraine ophtal-

- mique. *Gazetta della cliniche*, 1904, p. 1478 (Analyse in *Revue neurol.*, 1905, p. 311).
- CORNU. — Contribution à l'étude des migraines et de leurs rapports avec les états épileptiques et délirants. Thèse de Lyon, 1902.
- CRITZMANN. — Traitement de l'accès de migraine. *Presse médicale*, 1896, p. 185.
- DEBRÉ. — La migraine chez l'enfant. *Journ. des praticiens*, 24 janvier 1925.
- DÉJÉRINE. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Paris, 1886.
- Séméiologie nerveuse, t. II, p. 74).
- DELAGRANGE. — Thèse de Paris, 1894.
- DEMIER. — Thèse de Lyon, 1890.
- DIDSBURY (G.) — De la migraine. *Concours médical*, septembre-octobre 1924.
- DOBSON (T.-H.-B.). — On migraine. *British medical Journal*, n° 2458, p. 314, 8 février 1908 (Analyse in *Rev. neurol.*, 1908, p. 544).
- DREYFUS-BRISAC. — *Gaz. hebd. de méd. et chir. prat.*, 20 juillet 1883.
- DURAND (G.). — Migraine et autohématothérapie. *Bull. gén. de thérap.*, etc., etc. Paris, 1921, CLXXII, p. 159-160.
- EULENBURG. — Zur Ätiologie und Therapie der Migräne. *Weiner med. Press.*, 1887, nos 1-2 (cité par Flatau).
- Zur Pathologie des Sympathikus. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1873, n° 15, p. 169.
- FABRE. — La migraine chez les enfants. Thèse de Paris, 1904 (Analyse in *Rev. neurol.*, 1905, p. 49).
- FÉRÉ (Ch.). — Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique. *Revue de médecine*, 1881, p. 644 (Analyse in *Rev. des sciences médicales*, 1883, p. 581).
- FÉRÉ. — Note sur un cas de migraine ophtalmique à accès répétés et suivis de mort. *Rev. de médecine*, 1883, t. III, p. 194.
- Les épilepsies et les épileptiques, 1890, p. 56-61-94-140-143.
- Sur l'état de mal migraineux. *Revue de médecine*, 1892, p. 197.
- Sur un cas de psychose migraineuse. *Revue de médecine*, 1897, p. 390.

- FÉRÉ. — Sur les rêves précurseurs de la migraine ophtalmique.
Revue de médecine, 1903, t. XXIII, p. 127.
- Migraine et épilepsie. *Belgique médicale*, 1906, t. XIII, p. 38.
- FERNEL. — *Universa medicina*, Ed. Poster, Genève, S. Stirh, 1637,
p. 363 (cité par Thomas).
- FINCK. — Des rapports de la migraine ophtalmique avec l'hystérie.
Thèse de Paris, 1891.
- FLATAU (E.). — Die Migräne. Collection de monographies Alzheimer
et Lewandowsky. *Springer*, Berlin, 1912, p. 10-70-78-81-
82-83.
- FORDYCE. — *Anat.*, lib. X, cap. III (cité par Thomas).
- FORLI (Vasco). — Les phénomènes psychiques de la migraine et des
rapports de la migraine avec l'épilepsie. *Riv. speriment. di*
Freniatria, 1907, t. XXXIII, fasc. 1, p. 220-241, 30 avril
1907 (Analyse in *Revue neurol.*, 1907, p. 1193).
- FORSBROOKE. — Antipyrin in the treatment of migraine. *Lancet*,
10 décembre 1887, p. 1163.
- FOTHERGILL. — Remarks on the sick headache read before the select
society of Licenciates, 1778, 14 décembre (cité par Airy).
- Remarks on that complaint commonly known under the
name of the sick headache. *Med. observ. and Inquiries*,
t. VI, p. 103 (cité par Gubler et Bordier).
- FROMENT et GENET. — Migraine ophtalmique. *Lyon médical*, 1^{er} juin
1913, p. 1189.
- GALEZOWSKI. — Étude sur la migraine ophtalmique. *Arch. gén. de*
méd., 1878.
- La migraine ophtalmique est une maladie des vaso-moteurs
de la rétine et du centre visuel qui peut aboutir à une
thrombose. Société de biologie, communication du 6 novem-
bre 1881, *Mémoires*, p. 335-340.
- GALIEN. — *De composit. medicamentorum*, sec. locos, lib. II, cap. III,
Ed. Khün, t. XX, p. 195 (cité par Thomas).
- GILLES DE LA TOURETTE et BLOCQ. — Sur le traitement de la migraine
ophtalmique. *Progrès méd.*, 24, 1887, 2^e série.
- GINESTOUS. — Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique.
Journal de médecine de Bordeaux, 1922, LII, p. 483-487.

- GOWERS (W.-R.). — Sur les frontières de l'épilepsie : la migraine.
British medical Journal, n° 2397, p. 1617-1623, 8 décembre 1906 (Analyse in *Revue neurol.*, 1907, p. 340).
- GRAY. — The correlation and convertability of migraine and epilepsy.
Path. Brocklyn, 1881 (cité par Féré).
- GRASSET et RAUZIER. — Traité pratique des maladies du système nerveux, 4^e édition, 1894, t. II, p. 160.
- GUBLER et BORDIER. — Article *Migraine*, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Derhambre*, 1873, 2^e série, t. VII, p. 626.
- GUIDO GUIDI. — Symptômes psychiques prémonitoires de l'accès de migraine. *Revista sperimentale di Freniatria*, vol. XXXII, fasc. 2-3, p. 440-448, 1907 (Analyse in *Revue neurol.*, 1908, p. 544).
- HALL (Marchall). — Sur une classe distincte d'affections nerveuses paroxystiques. *Lancet*, 1849, vol. I, p. 506-507-508 (cité par Liveing).
- HAMMOND. — Traité des maladies du système nerveux. Trad. Labadie-Lagrave, 1879, p. 1252.
- HARRIS. — *British medical Journal*, 8 octobre 1923 (cité par Wiesmann).
- HARTENBERG (de Paris). — La migraine des arthritiques; pathogénie et traitement. *Presse médic.*, 17 janvier 1906, n° 5, p. 34.
- HARTENBERG. — La migraine, névralgie paroxystique du sympathique cervical. *Encéphale*, 1908, n° 9, p. 329 (Analyse in *Revue neurol.*, 1908, p. 891).
- HORTSMANN (Treptow). — Migraine et épilepsie. *Psychiatrisch. Neurologisch Wochenschrift*, n° 34, 21 novembre 1903 (Analyse in *Revue neurol.*, 1904, p. 243).
- HUBBELL (Alvin-A.) (de Buffalo). — Relations entre la migraine ophtalmique et l'épilepsie. *Journal of the American medical Association*, vol. LI, n° 6, p. 486, 8 août 1908 (Analyse in *Revue neurol.*, 1909, p. 37).
- HUGHLINGS JACKSON. — *British medical Journal*, 1888, VI, 4 (cité par Kovalevsky).
- JACCOD. — Traité de pathologie interne, 3^e édition, 1873, t. I, p. 476.

- JACQUET et JOURDANET. — Étude étiologique pathogénique et thérapeutique de la migraine. *Revue de méd.*, 20 avril 1909.
- JUMON. — *Revue générale, France médicale*, 1888.
- JUNKER. — *Conpectus med.*, Tab. 46 (cité par Thomas).
- KOVALEVSKY (P.). — La migraine et son traitement. Vigot, Paris, 1902.
- KOVALEVSKY (S.). — Épilepsie et migraine. *Moniteur des maladies mentales de Saint-Pétersbourg*, 1904, n° 2, p. 1-18 (Analyse in *Revue neurol.*, 1904, p. 691).
- KRAFFT-EBING. — *Weiner Klin. Rundsch.*, 1895.
- *Arbeiten ausdem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie*, 1897 (cité par Kovalevsky).
- *Lerbach der Psychiatrie*, Stuttgart, 1888 (cité par Muselli).
- LABARRAQUE (H.). — Essai sur la céphalalgie et la migraine. Thèse de Paris, 1837.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique, 1924, p. 583.
- LAMACQ. — *Revue de médecine*, 1896 (cité par Cornu).
- LASÈGUE. — De la migraine. *Revue critique, Archives gén. de méd.*, 1873, t. II.
- LEBERT. — Traité pratique des maladies cancéreuses, p. 778. Paris, 1881 (cité par Liveing).
- LÉOPOLD-LÉVI. — La migraine commune, syndrome bulbo-protubérantiel à étiologie variable. *Revue de neurol.*, 15 février 1905, n° 3, p. 166.
- LEPOIS (Ch.). — *De morbis ex serosa collervie*, in *Select. observat. et consil. Ponte ad Monticulum*, C. Mercator, 16-18, p. 61.
- LERCH (Otto) (de la Nouvelle-Orléans). — Migraine, vomissements périodiques et épilepsie. Relation d'un cas de vomissement périodique de sang. *Medical Record*, n° 2060, p. 746, 30 avril 1910 (Analyse in *Revue neurol.*, 1910, II, p. 476).
- LÉVI (L.) et ROTSCILD. — Migraine thyroïdienne. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1906, p. 481-495 (Analyse in *Revue neurol.*, 1907, p. 385).
- LÉVY (F.) et BAUFFLE (P.). — Les migraines. *Revue générale in Gazette des hôpitaux*, LXXXIII, n° 6, p. 71-76, 15 janvier 1910.

- LÉVY (F.). — Essai sur les névralgies faciales. Thèse de Paris, 1906.
- Névralgies faciales et migraine. Communication au XX^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Bruxelles-Liège, 1^{er}-8 août 1910.
- LIVEING (E.). — On megrim sick headache and some allied disorders, 1873, p. 2-16-17-103-107-109-110-111-118-129-141-142-473-474-479-483-484.
- LOPEZ. — La migraine. *Recueil d'ophtalmologie*, 1906, p. 347.
- LÖWENFELD. — Zur Kasuistik der transit psych. stör Neurol. *Zentralbl.*, 1882, n° 12, p. 268.
- LYON (G.). — Les migraines ophtalmique et ophtalmoplégique. *Revue générale, Gazette des hôpitaux*, 1895, n° 56, p. 555.
- MANGELSDORF. — Ueber ein Phanomen am Magen bei Migräne und Epilepsie. *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1903, n° 44, p. 1004 (cité par Flatau).
- MANGET. — *Bibl. de méd. prat.*, t. I, p. 1003.
- MARIN-AMAT. — Migraine ophtalmique. *Siglo med.*, XLVIII, 1921, p. 793.
- MARTIN. — *Annales d'oculistique*, 1888 (cité par Grasset et Rauzier).
- MATHIEU et ROUX. — La migraine tardivement aggravée. *Gazette des hôpitaux*, 1903, n° 130.
- MEIGE (H.) et FEINDEL (E.). — Article *Migraine*, *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée de Brissaud, Pinard et Reclus*, 1911, p. 427-437.
- MENDEL. — La migraine. *Deuts. med. Wochens.*, 17 mai 1906, p. 785-788.
- MINGAZZINI (G.). — *Revista speriment. di freniatria*, 1895, p. 642.
- MÖBIUS. — Die migräne. *Spez. Pathol. u. Therapie Nothnagels*, 1894, 3 Teil, 1 Abt. (cité par Flatau).
- Zur Pathologie des Halssympathikus. *Neurol. Beitr. von Möbius*, Heft IV, 1895, u. *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1884, p. 1-40 (cité par Flatau).
- MÖLLENDORF. — Ueber hemikranie. *Virchow's Arch.*, 1867, p. 385 (cité par Flatau).
- MOODIE (A.-R.). — A case of ophtalmie migraine with unusual symptoms. *British med. Journ.*, Lond., 1922, XLII, p. 353-359.
- MUSELLI. — Thèse de Bordeaux, 1913.

- NAST (A.). — La migraine. La peptonothérapie préprandiale. Thèse de Paris, 1921-1922.
- NAVARRE. — Migraine par auto-intoxication. *Lyon médical*, 1892, t. LXIX, p. 263.
- NICATI et ROBIOLIS. — Contribution à l'étude de la migraine. Compte rendu de la Société de biologie de Paris, 23 février 1884, p. 109.
- NIEMEYER. — Traité de pathologie interne et de thérapeutique. Traduction française, 1869.
- NORSTRÖM. — Traitement de la migraine par le massage. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885 (cité par Didsbury).
- ODELL (A.-G.). — Migraine. *Clifton med. Bull. Clifton Springs*, 1923, 24, IX, 17-14.
- OGILVEY. — Antipyrine in migraine. *Brit. med. Journ.*, 1888, I, p. 75.
- ORMEROD and SPICER. — *Brit. med. Journ.*, 21 décembre 1895, u. 1896 march 21.
- OVERLACH. — Migränin. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1893, n° 47, p. 1245 (cité par Flatau).
- PAGNIEZ et NATS. — Recherches sur la pathogénie de la crise de migraine. *Presse médic.*, Paris, 1920, XXVIII, p. 253.
- PAGNIEZ, NAST et VALLERY-RADOT. — Peptonothérapie préprandiale dans la migraine. *Presse médic.*, Paris, 3 avril 1919.
- PARHON (G.). — Contribution à l'étude de la pathologie et du traitement de la migraine. *Revue neurologique*, 15 septembre 1910, p. 257.
- PARHON (G.) et HORTOLOMÉI (N.). — Sur un cas de migraine guérie par le traitement thyroïdien. *Bulletin de la Soc. de neur., psychiatr. et psychol. de Jassy*, décembre 1919.
- PARINAUD. — Migraine ophtalmique au début de la paralysie générale. *Arch. de neurol.*, 1883, t. V, p. 57.
- *Annales d'oculistique*, 1885, p. 121.
- PARISOT. — Le rôle des modifications de pression du liquide céphalo-rachidien dans la symptomatologie de diverses affections. *Revue médic. de l'Est*, 1910, p. 97-115, 139-153 (Analyse in *Revue neurol.*, 1911, p. 189).

- PARRY (C.-H.). — *Collections from impublished writings*, 1823, vol. I, p. 463 (cité par Liveing).
- PASTEUR-VALLERY-RADOT. — Migraine et anaphylaxie. *La Médecine*, février 1923, p. 371.
- PELLETAN. — Coup d'œil sur la migraine et ses traitements. Paris, 1832.
- PHILLIPS. — The relation between migraine and epilepsy with especial reference to the cardio-vascular disturbances in migraine. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1922, LXXVII, 1960-1962 (Analyse in *Revue neurol.*, 1923, II, p. 271).
- PIERCE CLARKE. — Notes upon the epileptic aura. *The American Journal of insanity*, 1897.
- PIERRET. — Essai sur les symptômes céphaliques du tabes. Thèse de Paris, 1906.
- PIORRY. — Sur l'une des affections désignées sous le nom de migraine ou hémicranie. Mémoire in *Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes par la percussion*, p. 409, Paris, 1835. In *Traité de méd. pratique*, t. VIII, p. 75-79, 1850.
- Clinique médicale de l'Hôpital de la Pitié, p. 305, Paris, 1835 (cité par Liveing).
- PISON (cité par Tissot).
- PITRES. — Étude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou jacksonienne. *Revue de médecine*, 1888, p. 609.
- PRICE (G.-E.) (de Philadelphie). — Fréquence remarquable de la migraine dans une famille. Association exceptionnelle de la migraine avec des troubles sensitifs chez certains sujets. *Monthly Cyclopædia and medical Bulletin*, vol. XIII, n° 11, p. 657-660, novembre 1910 (Analyse in *Revue neurol.*, 1911, p. 228).
- PROSPER-MARTIN. — *Traité de la migraine*. Paris, 1829.
- RACHFORD. — *Journal of American med. sciences*, avril 1898 (cité par Cornu).
- RAULLET. — Étude sur la migraine ophtalmique. Le Mans, 1883.
- De la migraine ophtalmique. Thèse de Paris, 1883.
- RAUZIER. — Traitement de la migraine. *Archives gén. de méd.*, mai 1906, n° 8, p. 1109.

- RÉMOND et ROUZAUD. — L'azotémie et la cholestérinémie chez les migraineux. *Rev. de méd.*, Paris, 1921, XXXVIII, p. 97-112.
- REYINGTON (G.-T.). — La diathèse névropathique ou diathèse du dégénéré. In *Journal of mental science*, avril 1888 (Analyse in *L'Encéphale*, 1888, p. 483-485).
- RIVIÈRE (G.-F.). — De la migraine tardivement aggravée. Thèse de Bordeaux, 1911.
- ROBERTSON. — Antipyrine in migraine. *New-Yorker med. Record.*, 1887, may 19.
- ROBIOLIS. — Contribution à l'étude de la migraine dite ophtalmique et de ses diverses manifestations. Thèse de Montpellier, 1884.
- RODIET. — Des rapports de la migraine et de l'épilepsie. *Gazette des hôpitaux*, 1909, n° 51, p. 637.
- ROGER (H.). — Les migraines. Diagnostic et traitement. *Pratique médic. franç.*, Paris, 1923, II, p. 147-165.
- SARDA. — Des migraines. Thèse d'agrégation, 1886.
- SAVAGE. — Épilepsie remplacée grâce au traitement par la migraine. *Brain*, 1881, n° 4 (cité par Cornu).
- SAUNDBY. — *The Lancet*, septembre 1882, ou *Rev. des sciences méd.*, t. XXIII.
- SAUVAGES. — *Notes méth.*, t. II, p. 58.
- SCIAMANNA. — Nervosi emicraniche. *Atti ital' XI^e Congresso med. internat.*, 1893-1894 (cité par Mingazzini).
- *Riforma medica*, 1898, vol. II, n° 25.
- SICARD (J.-A.) et ROGER (H.). — Migraine oculaire associée et liquide céphalo-rachidien. Société médico-chirurgicale de la XV^e région, 15 juillet 1918, *Marseille médical*, p. 675-677 (Analyse in *Revue neurol.*, 1919, p. 646).
- SICARD. — Article *Migraine*, in *Nouveau traité de médecine pratique et de thérapeutique de E. Sergent*, 1920, t. VI, p. 137.
- SICARD, PARAF (J.) et FORESTIER (J.). — Traitement de la migraine par les injections intraveineuses de carbonate de soude. *Bulletins et mémoires de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1921, 3^e série, XLV, p. 1204-1207.
- SINCLAIR. — *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 1887, febr. 26 (cité par Grasset et Rauzier).

- SCHOBELT. — Tractatio de hemicrania. Berlin, Imp. royale, 1776 (cité par Thomas).
- SIEVEKIN (H.-E.). — On chronical and periodical headache. *London med. Times and Gaz.*, 1854, 2^e série, t. IX, p. 156.
- SMITH (T.-C.). — Migraine. *Revue de méd. et de pharm.*, 1875, X, p. 711-724.
- SOULA. — Contribution à l'étude de la migraine. Thèse de Paris, 1884, n° 35.
- SPILLER (W.-G.). — The relations of migraine to epilepsy, with the reports of illustrative cases. *Am. J. M. Sc. Phila.*, 1900, U.-S., CXIX, p. 24-23; Also : *J. New. and Ment. Diseases*, New-York, 1900, XXVII, p. 118-121.
- SPTIZER. — Uber migräne. Iéna, 1901 (cité par Flatau).
- STEKEL. — Die moderne Pathologie und Therapie der Migräne. *Weiner med. Wochenschr.*, 1897, nos 46-48.
- STEWART. — Quatre cas de tumeur de la région de l'hypophyse. *Review of neurology and psych.*, 1909, VII, p. 225 (Analyse in *Revue neurol.*, 1910, p. 71).
- STRASSBURGER. — *Klinische Wochendhschft.*, 20 avril 1923 (cité par Weismann).
- STROHMAYER. — Ueber die Bezeihungen zwischen Epilepsie und Migräne. *Neurol. Zentralbl.*, 1902, p. 1086 (cité par Flatau).
- STRZEMINSKY. — *Recueil d'ophtalmologie* (cité par Flatau).
- SYDNEY KULN. — Migraine. *Journal of the American medical Association*, vol. LIV, n° 8, p. 595, 19 février 1910.
- TAMIN. — Thèse de Paris, 1868, n° 119.
- TARDIEU. — Transformations héréditaires de l'épilepsie. Thèse de Paris, 1868.
- TERRIEN (F.). — De la migraine ophtalmique associée de nature hystérique chez l'enfant. *Revue méd. de la Suisse romane*, Genève, 1892, XII, p. 800-804.
- THOMSON (W.-H.). — Pathology and treatment of migraine. *New-York med. Record.*, 1901, LX, p. 20.
- TISSOT. — De la migraine. In *Des nerfs et de leurs maladies. Œuvres complètes*, édition de Lausanne, 1748, t. XI, p. 112, ou *Œuvres complètes*, nouvelle édition de Paris, 1855, t. XI, p. 393-396.

- TREPSAT. — Épilepsie et menstruation. *Enéphale*, 1908, n° 6, p. 486.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1865), t. II, p. 161, et t. III, p. 364, in 11^e édition, 1913.
- TROUSSEAU et SIDOUX. — Traité de thérapeutique et de matière médicale.
- TURNER. — Epilepsy a study of the idiopathic disease. London, 1907 (cité par Flatau).
- VALESCO DE TARANTA. — Philonium pharmac. de medendis omnibus cum internis humani corporis affectibus. Francfort-sur-Mein, Brassœus, 1894, p. 36 (cité par Thomas).
- VALLEIX. — Traité des névralgies et affections douloureuses des nerfs. Paris, Baillière, 1841, et *Guide du praticien*, t. I, p. 4.
- VAN SCHELVEN. — *Nederlandsch. tijdschr. v. geneesk.*, 1921, n° 14 (cité par Weismann).
- VATER. — Dissertatio de morbus vitis vidus altero duplicatio, altero dimidiato, 1713 (cité par Kovalewsky).
- VOGEL et HOLST. — Ueber Hemikranie. *Arch. f. Path. Anat.*, 41, p. 835 (cité par Berger).
- VULPIAN. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur, 1875, t. II, p. 63 et suiv.
- WALSH. — Notes on migraine. *Med. Press. London*, 1912, nouv. série, CXIV, p. 93-96.
- WALTON. — Constitutionnal headaches. *Journal of the Amer med. Assoc.*, 1906, n° 10.
- WATERMAN (de Boston). — Les relations existant entre l'épilepsie et la migraine. *Boston med. and surgical Journ.*, vol. CLXX, n° 10, p. 347-352, 5 mars 1914 (Analyse in *Revue neurol.*, 1916, p. 98).
- WEATHERHEAD. — A treatise of the headaches, their various causes, their prevention and cure. Londres, 1835.
- WEISMANN (M^{me} S.). — Des migraines (Essai de classification étiologique et pathogénique). Thèse de Paris, 1924, n° 379, p. 34.
- WEFFER. — Observationes de affectibus capitis internis et externis. Schaffouse, 1726, obs. XLIX et suiv. (cité par Thomas).
- WHITEHEAD. — The surgical treatment of migraine. *Brit. med. Journ.*, 9 février 1901, p. 335.

WHYTT (Robert). — Traité sur les troubles nerveux. *Works*, p. 622, 178 (cité par Liveing).

WILLKS. — Epilepsy and migraine. *The Lancet*, 1888 (cité par Kowalewsky).

WOOD (H.-C.). — Epileptoid migraine. *Med. News*, LXV, 25 décembre 1894, 65-26, p. 708.

